

SOCIOSANITARIO

Udane GONZÁLEZ GANUZA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA CON POBLACIÓN RUMANA RESIDENTE EN ANSOÁIN

TFG/GBL 2015

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
SOCIOSANITARIA CON POBLACIÓN RUMANA
RESIDENTE EN ANSOÁIN**

Udane GONZÁLEZ GANUZA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Udane GONZÁLEZ GANUZA

Título / Izenburua

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Esther BAZTÁN CRESPO

Departamento / Saila

Departamento de Trabajo Social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2014/2015

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

Desde hace algunos años, la comunidad rumana en Ansoáin ha ido aumentando considerablemente. En el transcurso del tiempo, los y las profesionales del Trabajo Social, han detectado una serie de necesidades que afectan especialmente a la calidad de vida de esta población. Entre ellas, se ha podido contrastar que ha habido un deterioro de la salud, dado que, han aumentado el número de enfermedades que sufre este colectivo. En este trabajo, se centran tres necesidades concretas que son: el conocimiento de los recursos sanitarios, hábitos alimenticios saludables y prevención de embarazos prematuros. Para ello, se ha elaborado una propuesta de intervención enfocada en trabajar estas 3 necesidades específicas en la población afectada por ellas.

Palabras clave: Trabajo Social Sanitario; Comunidad rumana; Necesidades; Mediación Intercultural; Intervención.

Abstract

The immigrant population of Romanian origin who live in the town of Ansoain pose important challenges for the sanitarian social work. The design of a proposed Social health intervention to respond to the needs identified in this community is the aim of this final project. In particular, promote the health of the these people favouring a greater knowledge of the health system, awareness of the importance for the health with healthy eating habits and sensitize about the risks of sexual intercourse without protection, especially in minors.

The proposed health intervention raises work in coordination with the medical staff of the health centre of Ansoain, as a key part in its development and the figure of a cultural mediator to facilitate the encounter and approach between the parties and to promote understanding and mutual respect.

Keywords: Medical Social Work; Romanian Community; Needs; Intercultural Mediation; Intervention.

Antes de comenzar con el desarrollo del presente trabajo quiero dar las gracias a las personas que han estado a mi lado durante estos meses y que han sido de gran ayuda en la elaboración del mismo.

En primer lugar, a mi tutora del Trabajo Fin de Grado, Esther Baztán, quien ha sido un gran apoyo para mí. Me ha animado en este recorrido y ha estado dispuesta a escucharme en todo momento. Con ella he pasado momentos difíciles, pero también de alegría porque en todo momento ha sabido sacar lo positivo del proceso para avanzar en el desarrollo del trabajo. Su ayuda a la hora de centrar la propuesta y su disponibilidad para resolver las dudas que me iban surgiendo ha sido inestimable. En definitiva, agradezco su trabajo y considero que ha sido un placer contar con ella por su atención y compromiso conmigo.

Por otra parte, no me puedo olvidar de una persona muy especial que ha estado conmigo durante los 4 años de carrera universitaria, la profesora Alicia Olza. En estos años ha sido un apoyo fundamental; siempre dispuesta a ayudarme y a animarme en los momentos de mayor incertidumbre y agobio. Para mí es una referente indiscutible del Trabajo Social que demuestra profesionalidad, compromiso y responsabilidad en todo lo que hace. Siento un profundo cariño, admiración y orgullo hacia ella y es un regalo haberla tenido como profesora y compartir un trozo de mi carrera a su lado como profesora.

También quiero dar las gracias a todos los y las profesionales del Equipo de Incorporación Sociolaboral del Ayuntamiento de Pamplona, donde he desarrollado mis prácticas de 4 curso de Trabajo Social. Con especial relevancia a Itziar Iriarte, mi tutora. Durante el transcurso de ellas, me han hecho sentir como una más del equipo y se han preocupado en todo momento por mi aprendizaje como trabajadora social y por mi bienestar en el desarrollo de mis prácticas. Ello ha supuesto para mí una experiencia muy positiva y gratificante.

Para finalizar, quiero señalar que la realización del Trabajo Fin de Grado, ha supuesto para mí un proceso de aprendizaje, además de una experiencia muy interesante y positiva. Además de ello, la temática a abordar ha sido de gran interés y relevancia para mí, y es a través de este trabajo donde he podido reflejar los aprendizajes

obtenidos durante estos cuatro años de carrera universitaria. Asimismo, la propuesta de promoción sociosanitaria que se plantea pretende dar respuesta a las necesidades que presenta la comunidad rumana en este ámbito y éste es un objetivo del Trabajo Social.

ÍNDICE

Introducción	1
Presentación	1
Estructura del trabajo	3
1. Objeto	4
2. Metodología	5
2.1. Análisis de fuentes secundarias	5
2.2. Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad a profesionales	6
3. Marco teórico	8
3.1. Aproximación cuantitativa a la población extranjera empadronada en España.	8
3.2. Sistema Sanitario y normativa de extranjería.	16
3.2.1. Principales normativas de extranjería en España y de acceso de población extranjera Sistema Sanitario español	17
3.2.2. Legislación Foral sobre el acceso al Sistema Navarro de Salud	20
3.3 Trabajo Social Sanitario	21
3.4. Desigualdades en salud	22
3.5. Mediación intercultural	28
4. Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin	32
4.1. Presentación de la propuesta.	32
4.2. Fundamentación	33
4.2.1. Análisis de situación	39
4.2.2 Recursos sociales de Ansoáin	40
4.2.3. Población beneficiaria	41
4.2.4. Ubicación	43
4.3. Objetivos	45
4.4. Actividades	47
4.5. Metodología	56
4.6. Organización (cronograma, temporalización, recursos...)	61
4.7. Presupuesto	64
4.8. Evaluación	66
Conclusiones y cuestiones abiertas	
Referencias	
Anexos	
Anexo I	71

Anexo II

Anexo III

Anexo IV

Anexo V

Anexo VI

Anexo VII

INTRODUCCIÓN

Presentación

El presente Trabajo Fin de Grado está enfocado hacia la promoción de la salud de la población de origen rumano residente en el municipio de Ansoáin. Las necesidades sociosanitarias detectadas en esta comunidad desde la perspectiva del Trabajo Social son el origen de la propuesta de intervención que se presenta y que pretende dar respuesta a las mismas. Estas necesidades tienen una gran repercusión no solo porque Ansoáin cuenta con un significativo número de familias de origen rumano, sino también por el impacto personal, familiar y social que suponen. Ello conlleva una serie de consecuencias entre las que se destacan la inadecuada utilización de los servicios sanitarios, el deterioro en su estado de salud, los hábitos de vida poco saludables y los embarazos prematuros en edades muy tempranas.

Ante esta situación, los y las profesionales del Trabajo Social que atienden a esta población manifiestan su preocupación y, en especial, la necesidad de intervención específica debido a que se trata de una comunidad que proviene de un país donde las condiciones de vida por la situación de la salud, la vivienda, la alimentación o la educación, son muy precarias. Ello provoca una debilidad en su estado de salud. A ello hay que añadir que las condiciones de vida actuales de la población rumana residente en Ansoáin están caracterizadas por la falta de empleo y de recursos económicos estables; por la dificultad de acceso a prestaciones sociales y por los obstáculos en sus procesos de incorporación social debido, entre otras causas, a su origen étnico y cultural. Cabe destacar que la mayor parte de la población rumana residente en el municipio de Ansoáin es de etnia gitana.

En relación a los hábitos alimenticios, se ha detectado que su alimentación no es la más adecuada, ya que ingieren productos con alto contenido en grasa y bollería. Este mismo hecho, ha provocado la aparición de ciertas enfermedades cardiovasculares o el riesgo de que se produzcan.

En cuanto a los embarazos prematuros, genera una gran preocupación a nivel profesional por la temprana edad de las madres y por las condiciones de vida de las

familias. Se trata de menores adolescentes que son madres sin capacidades para desempeñar este rol ni cuentan con unas mínimas condiciones de vida dignas para el cuidado y atención de pequeños y pequeñas que acaban de nacer. Por otro lado, el mantenimiento de relaciones sexuales sin ningún tipo de protección ni método anticonceptivo implica riesgos muy importantes relacionados con enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual.

Junto a estas necesidades, es muy importante tener en cuenta que la población inmigrada¹ cuando llega a un entorno social y cultural diferente, con estructuras sociosanitarias distintas a las suyas de referencia, desconoce no solo su funcionamiento sino también su utilización y acceso. Es el caso de los recursos sociales y sanitarios existentes en el municipio, como el Servicio Social de Base o el Centro de Salud, con sus prestaciones y ayudas específicas. El conocimiento de los mismos y de los derechos que tienen como ciudadanos y ciudadanas resulta imprescindible para poder recurrir a ellos en caso de tener una necesidad concreta.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, no hay que olvidar que es una población con una cultura distinta y que es muy importante que los y las profesionales del Trabajo Social que intervienen con ella la conozcan y respeten para que la actuación sea más eficaz y enriquecedora para ambas partes.

Además de ello, la familia es el núcleo principal donde los y las menores aprenden las pautas educativas que los padres y las madres desarrollan. Por tanto, si no se trabajan estas necesidades, los riesgos para la salud aumentan considerablemente, y sobre todo aquellos relacionados con la alimentación y los embarazos prematuros. De ahí la importancia de intervenir en este ámbito de tal forma que se eviten problemas y dificultades en el desarrollo de los y las menores.

¹ La denominación de persona o población inmigrada en el presente trabajo se refiere a la población extranjera que migra con el fin de mejorar sus condiciones de vida; así como aquellas personas que no son extranjeras porque han adquirido la nacionalidad española pero su origen es extranjero y a quienes han nacido en España pero son extranjeras. Es el caso de menores nacidos en España con ascendientes rumanos ya que la nacionalidad que se asigna a estos menores es la rumana.

El hecho de trabajar a nivel familiar estas necesidades es prioritario para el Trabajo Social sanitario cuya línea de actuación, entre otras, se dirige hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Estructura del trabajo

En cuanto a la estructura del presente trabajo, se configura en seis parte bien diferenciadas. Son las siguientes:

- **Presentación y objeto del Trabajo Fin de Grado.** En este primer apartado se presenta el trabajo, con su temática y necesidades a dar respuesta, así como los objetivos que se plantean en el mismo.
- **Metodología.** Respecto a este apartado, hace referencia a los distintos medios o métodos que se han utilizado para alcanzar los objetivos propuestos. En concreto, al análisis de fuentes secundarias y a las entrevistas en profundidad.
- **Marco teórico.** Este tercer apartado contiene aquellos elementos conceptuales, legislativos y de análisis de datos y realidades que posibilitan enmarcar el trabajo a desarrollar.
- **Propuesta de intervención.** En este penúltimo apartado, se hace referencia a la propuesta específica de promoción sociosanitaria dirigida a población rumana residente en el municipio de Ansoáin. Dicha propuesta se desarrollará en el Centro de Salud de Ansoáin junto con la comunidad rumana. En ella se detalla la fundamentación de la propuesta, es decir el porqué de la misma; los objetivos; las actividades; la metodología a emplear; la organización; el presupuesto; y la evaluación.
- **Por último,** se exponen las conclusiones extraídas en el presente Trabajo Fin de Grado y las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del mismo.

1. OBJETO

El objeto de este Trabajo Fin de Grado tiene como finalidad desarrollar una propuesta de intervención con la comunidad de origen rumano, debido a los modelos culturales significativamente diferentes del nuevo entorno donde residen; con especial relevancia en el ámbito de la salud, acerca del acceso y utilización de los servicios sanitarios, además de la promoción de su salud, respecto a hábitos alimenticios saludables y prácticas sexuales sin riesgos para la salud.

En concreto, el objetivo general es fomentar la calidad de vida de la comunidad rumana, haciendo especial hincapié en las áreas de salud, educación y sexualidad, de cara a una mejora de la prevención de enfermedades y cuidados sanitarios, potenciando así unos niveles óptimos de salud.

Para ello, se trabajará de forma específica cada necesidad o área junto con los y las profesionales especializadas en cada uno de ellos, como Pediatría, Ginecología y Trabajo Social.

Además de las profesionales citadas anteriormente, hay que hacer referencia a la mediadora intercultural, referente en intervención con población rumana avalada por experiencias anteriores, que hará posible el desarrollo de los objetivos que han sido diseñados a través de una comunicación e interpretación adecuada entre las partes.

Junto con lo citado anteriormente, se trabajaran objetivos específicos de cada área que permitan conocer su cultura, así como los hábitos y costumbres que desarrolla esta comunidad en las prácticas alimenticias. Ello posibilitará un conocimiento de cara a una adecuada intervención y abordaje de las necesidades.

Junto con ello, también se trabajará el conocimiento del Sistema Sanitario, detallando los distintos recursos existentes y los servicios de Atención Primaria y Especializada de cara a un conocimiento de los distintos medios existentes en el ámbito sanitario.

Y por último, a través de la profesional de ginecología se desarrollarán, aquellos aspectos vinculados con las prácticas sexuales en cuanto a los distintos métodos anticonceptivos como prevención de enfermedades infectocontagiosas y embarazos prematuros.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

2. METODOLOGÍA

A la hora de realizar este Trabajo Fin de Grado, se han utilizado diversas metodologías que han permitido alcanzar los objetivos propuestos. Son las que se detallan a continuación.

2.1. Análisis de fuentes secundarias

La labor investigadora se inicia con el análisis de fuentes secundarias que ha permitido conocer con mayor profundidad el tema de estudio y elaborar el marco teórico que enmarca el presente trabajo empírico. En dicho análisis, se ha realizado una revisión bibliográfica y documental de libros, artículos académicos y revistas especializadas en temas relacionados con el Trabajo Social en el ámbito sociosanitario, la intervención social con poblaciones inmigradas, la comunidad rumana, la promoción de la salud o la mediación intercultural.

Dentro de estas temáticas, es de especial relevancia destacar a autores y autoras como Dolors Colom, referente en Trabajo Social Sanitario; o Bermúdez, Prats y Uribe, referentes en procesos de mediación intercultural, que posibilitan el acercamiento y encuentro entre población inmigrada y población autóctona; o las aportaciones de la Fundación ANAFE-CITE en cuanto a la intervención social con poblaciones inmigradas.

Además de ello, se han consultado distintas leyes y normativas sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, así como sus derechos en el Sistema Nacional de Salud, y leyes y normativas forales que regulan el acceso al Sistema Sanitario de personas extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular.

Junto a estas fuentes secundarias, se ha realizado una búsqueda de los distintos recursos existentes en el municipio de Ansoáin con el fin de conocer las posibles necesidades existentes por parte de esta comunidad. Para conseguirlo se ha consultado la página web de dicho Ayuntamiento donde se detallan todos los recursos del municipio.

Por otro lado y además de la citada bibliografía señalada anteriormente, se ha recurrido a distintos registros de datos y estadísticas oficiales, principalmente través del Instituto Nacional de Estadística. Ello ha posibilitado poder cuantificar el número

total de personas empadronadas en el municipio y el número de personas inmigradas concretamente las de Rumanía. La finalidad es cuantificar a la población objeto y sujeto de estudio e intervención y conocer la viabilidad de la propuesta según el número de personas rumanas empadronadas en Ansoáin.

2.2. Metodología cualitativa: entrevistas en profundidad a profesionales

La realización de diversas entrevistas en profundidad a profesionales ha permitido descubrir no sólo las necesidades sociosanitarias de la comunidad rumana residente en el municipio de Ansoáin, sino también la importancia del Trabajo Social para poder cubrir dichas necesidades. En concreto, las profesionales entrevistadas son la trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin, la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa y la mediadora intercultural de origen rumano de la Fundación ANAFE.

La primera entrevista a la profesional de Ansoáin ha permitido descubrir que es un municipio con presencia significativa de población inmigrada rumana que presenta una serie de necesidades sociosanitarias que están sin cubrir.

La segunda entrevista realizada a la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa ha permitido conocer las experiencias de trabajo realizadas con esta comunidad en dicho barrio y cómo se diseñaron, realizaron y cuáles fueron los principales resultados de las mencionadas experiencias.

Por último, la tercera entrevista a la mediadora intercultural de origen rumano de la Fundación ANAFE ha posibilitado conocer el trabajo que realiza esta profesional con esta comunidad, así como las distintas experiencias de trabajo. También ha aclarado la necesidad de contar con una profesional con este perfil para poder desarrollar con éxito una propuesta de intervención con la comunidad rumana debido a la diferencia de idioma y a las dificultades de entendimiento y comprensión entre las partes que habitualmente se producen.

La técnica de la entrevista en profundidad para la recogida de los datos empíricos ha implicado un importante trabajo. El proceso metodológico empleado es el siguiente:

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

- 1º. Selección de las profesionales más adecuadas para la obtención de la información según los objetivos propuestos en el Trabajo Fin de Grado.
- 2º. Contacto con las profesionales y concreción de la fecha y hora para el desarrollo de la entrevista en profundidad.
- 3º. Elaboración del guion de la entrevista y redefinición del mismo después de las orientaciones recibidas por parte de la tutora del Trabajo Fin de Grado².
- 4º. Envío del guion de preguntas a cada profesional unos días antes de la celebración de la misma con el fin de que pudieran prepararlas previamente.
- 5º. Desarrollo de las entrevistas en profundidad a las tres profesionales mencionadas. Antes de iniciar cada una de ellas, se pidió permiso para poder grabar la conversación. Ello hizo posible una transcripción posterior donde ha quedado recogida la información utilizada en este trabajo.
- 6º. Transcripción de las entrevistas de las tres profesionales³.
- 7º. Análisis e interpretación de los datos obtenidos, que ha permitido orientar la propuesta de intervención con la comunidad rumana en Ansoáin.

En cuanto a la última fase del proceso metodológico, ha consistido en la redacción del Trabajo Fin de Grado que incluye, entre otros apartados, el marco teórico y la propuesta de intervención. Respecto a la primera, su elaboración ha sido una de las tareas más costosas e importantes en este trabajo, ya que refleja las teorías existentes sobre la materia que fundamentan el proyecto. En cuanto a la segunda, detalla la necesidad de su realización, los objetivos, las actividades, la metodología, la organización y el presupuesto para llevarlo a cabo.

² Los guiones de las entrevistas elaborados para cada una de las profesionales entrevistadas se encuentran en el Anexo I del presente trabajo.

³ Las transcripciones de las tres entrevistas en profundidad realizadas a la trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin, a la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa y a la mediadora intercultural rumana de la Fundación ANAFE se encuentran en los Anexos II, III y IV del trabajo.

3. MARCO TEÓRICO

Las migraciones humanas son una constante en la historia de la humanidad y gracias a ellas las sociedades han evolucionado y se han enriquecido étnica y culturalmente. Existen zonas en el mundo donde los movimientos migratorios son significativamente más fuertes debido principalmente a cuestiones sociales, económicas y políticas. Durante la última década, Rumania se ha convertido en un país de emigración, donde su población busca otros lugares fuera de su territorio para residir y mejorar sus condiciones de vida. Uno de estos lugares es España donde el 14,4% de la población extranjera empadronada es de este origen (INE, 2014).

Esta comunidad de origen rumano, con modelos culturales significativamente diferentes a los del nuevo entorno de residencia, es el objeto de este Trabajo de Fin de Grado. Y concretamente, su situación en el ámbito de la salud en lo relacionado con el acceso y utilización de los servicios sanitarios y con la promoción de su salud; en cuanto a hábitos alimenticios saludables y a prácticas sexuales sin riesgos para la salud.

En este sentido, el Trabajo Social es una profesión clave para favorecer estos procesos de promoción de la salud de este tipo de comunidades, desde el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural. Para ello, además, es preciso promover espacios de encuentro donde la mediación intercultural juega un papel fundamental para alcanzar dicho objetivo.

Por todo ello, en el presente marco teórico se realiza una aproximación cuantitativa a la población inmigrada empadronada en España, y especialmente a la población rumana; un análisis sobre el sistema sanitario en España y su normativa; una reflexión sobre el Trabajo Social en el ámbito de la salud con poblaciones desfavorecidas; y una referencia a la mediación intercultural como herramienta imprescindible para el entendimiento y el acercamiento entre partes distanciadas lingüística y culturalmente.

3.1. Aproximación cuantitativa a la población extranjera empadronada en España.

Según Díaz (1997, p. 8) las **migraciones** son: *“procesos históricos condicionados por políticas económicas que trascienden la decisión individual”*.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Siguiendo la línea argumental de Díaz (1997), las migraciones son un fenómeno que siempre ha estado presente a lo largo de la historia y, de manera especial, en nuestro país durante las últimas décadas.

En este sentido, los movimientos migratorios internacionales son uno de los fenómenos más importantes de las sociedades actuales. *“Los movimientos de población tanto interiores como exteriores, constituyen una de las cuestiones que más atención ha recibido de los estudiosos de las Ciencias Sociales.”* Micoleta, (2005, p. 59)

Según Micolta (2005) *“los procesos migratorios recientes, de origen autónomo o de carácter espontáneo, han ganado notable protagonismo y despiertan inquietud a nivel social y político. Se trata de procesos que tienen carácter global, no sólo desde la perspectiva espacial (afecta a casi todos los países del planeta, por ser puntos de partida o de llegada) sino también desde una dimensión profesional o cultural”* (p. 60).

Como anteriormente se ha señalado, la población con la que se va a intervenir es la rumana. Dentro de las personas inmigradas, la población rumana es una de las que más migraciones han sufrido durante muchas décadas, entre las razones de estos procesos, se incluyen diversas hipótesis como las mencionadas en la revista Gitanos (2008), en su número 10, Los roma-gitanos en Rumanía. Son las siguientes:

- *“Los más jóvenes muestran mayor tendencia a trabajar en el extranjero.*
- *Cuanto mayor es el nivel educativo, más elevado es la migración que se realiza a diversos países.*
- *Entre las hipótesis que se han podido encontrar, las personas con un empleo estable mostrarían un potencial migratorio más bajo debido a su mayor conexión con el mercado de trabajo formal, mientras que, las personas desempleadas tendrían un mayor interés a la hora de trabajar en el extranjero.*
- *También, se ha verificado, que aquellas personas que han tenido más propensión a viajar al extranjero por motivos de trabajo son las que lo han hecho en el pasado”* (p. 49-50).

Por todo lo expuesto, se concluye que existe un aumento del número de personas de origen rumano que viaja a otro destino en busca de unas mejores condiciones de vida.

En cuanto a la historia de la población rumana en toda Europa ha sido muy significativa, puesto que han pasado por diversos intentos de expulsión, asimilación, persecución y discriminación. La llegada de ellos y ellas tiene su origen aproximadamente en el siglo XV hasta el año 1864, en principados de Valaquia y Moldavia, los cuales hoy en día son territorios que pertenecen al Estado rumano. (Villarreal, 2008). Pero, es en el año 2000 cuando las migraciones de personas procedentes de Rumanía empiezan a ser más importantes, ello supone un aumento considerable de esta población en España. En el año 2014 la población de este origen es la más representada después de Marruecos con un total de 726.142 personas rumanas empadronadas en España (INE, 2015). Estas migraciones de la comunidad rumana tienen su origen en los cambios socioeconómicos tras la caída del régimen comunista que es cuando empiezan a acrecentarse la llegada de estas personas a España (Macias, 2008).

En cuanto a los datos cuantitativos, según el Instituto Nacional de Estadística (2014) en enero de 2014 un total de 5.023.487 personas empadronadas en España son inmigradas. Es decir, el 10,7% del total de la población. En la siguiente tabla se puede apreciar los datos a los que se hace referencia.

Tabla 1. Población empadronada en España a 1 de enero de 2014

	Total	%
Población española	41.747.854	89,3%
Población inmigrada	5.023.487	10,7%
Total población	46.771.341	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE

Si se tiene en cuenta el caso concreto de la población inmigrada de origen rumano empadronada en España respecto al total de esta población, el porcentaje aumenta y

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

se sitúa en el 14,4% respecto del total de población inmigrada empadronada en España.

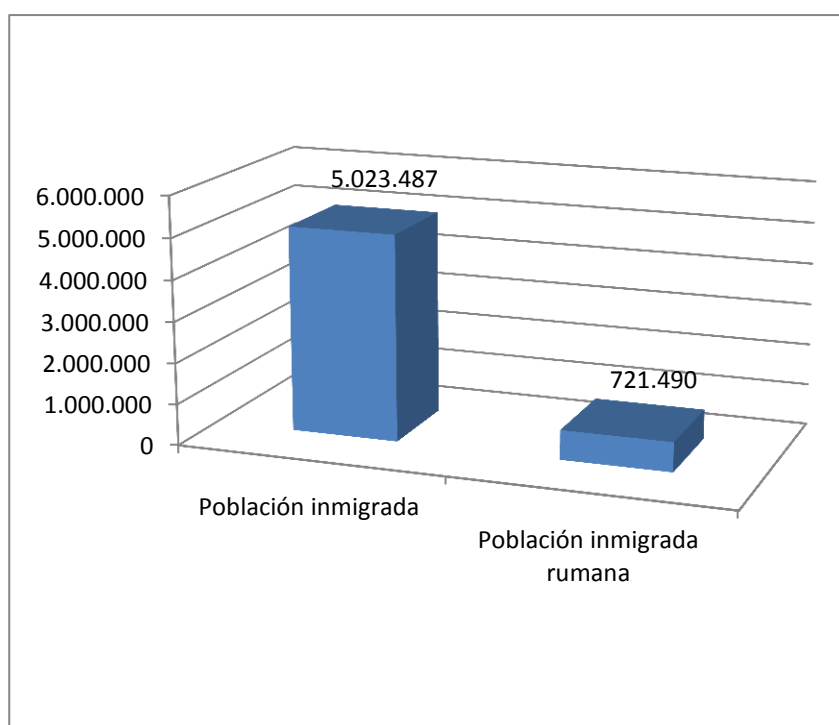


Figura 1. Población inmigrada empadronada en España y población inmigrada rumana.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

En cuanto a la distribución según género, el 51,2% de la población inmigrada empadronada en España son hombres frente al 48,8% de mujeres. Este dato muestra un reparto equitativo de la población según género siendo ligeramente superior la representación masculina respecto a la femenina. Sin embargo, este dato se invierte si tenemos en cuenta la población inmigrada empadronada rumana en España, cuya representación femenina es sensiblemente superior a la masculina. En concreto, el 49,9% de las personas inmigradas rumanas son hombres frente al 50,1% de mujeres.

Respecto a la procedencia de la población inmigrada empadronada a enero de 2014, la zona del mundo más representada es la Unión Europea con un 45% respecto del total de personas inmigradas empadronadas. Le sigue América del Sur con el 21%, países africanos con el 18%, países asiáticos con el 7%, países europeos no comunitarios y América Central y Caribe con el 4% y América del Norte con el 1%. Oceanía apenas tiene representación. En la siguiente figura se muestran los datos mencionados.

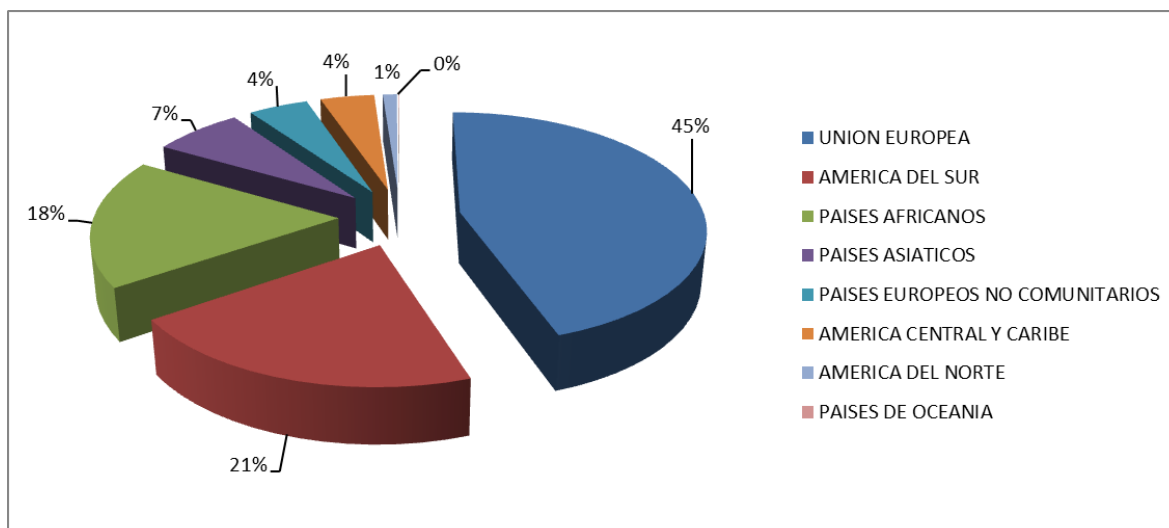


Figura 2. Población inmigrada según zona de procedencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En cuanto a los principales países de procedencia, en primer lugar se encuentra Rumania con un 14,4% respecto del total de población inmigrada empadronada en España, le sigue Marruecos con el 12,4%, Reino Unido con el 5,6% y Ecuador con el 4,1%. En la siguiente tabla se muestran los doce países con presencia más significativa a nivel cuantitativo en España.

Tabla 2. Población inmigrada empadronada en España según país de procedencia (01/01/14)

	Total	%
Rumanía	721.490	14,4%
Marruecos	623.309	12,4%
Reino Unido	279.750	5,6%
Ecuador	204.357	4,1%
Colombia	182.827	3,6%
China	152.447	3,0%
Bolivia	141.082	2,8%
Bulgaria	140.341	2,8%
Argentina	133.325	2,7%
Alemania	124.790	2,5%
Italia	94.785	1,9%
Portugal	93.307	1,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Es importante realizar un análisis de la evolución de la población rumana empadronada en España durante los últimos años. Si se toma como primera referencia el año 1999, la población rumana ha aumentado anualmente hasta el año 2012. A partir de esta fecha se ha iniciado un descenso que se ha mantenido los dos últimos años. Tanto el año 2013 como el año 2014 la población empadronada rumana es significativamente menor que la empadronada el año anterior.

Una de las causas de este descenso de población rumana puede encontrarse en la situación económica que atraviesa España y el impacto de la crisis, que hace que la población inmigrada descienda. En la siguiente figura se aprecia la evolución de la población inmigrada rumana en España desde el año 1999 hasta el 2014.

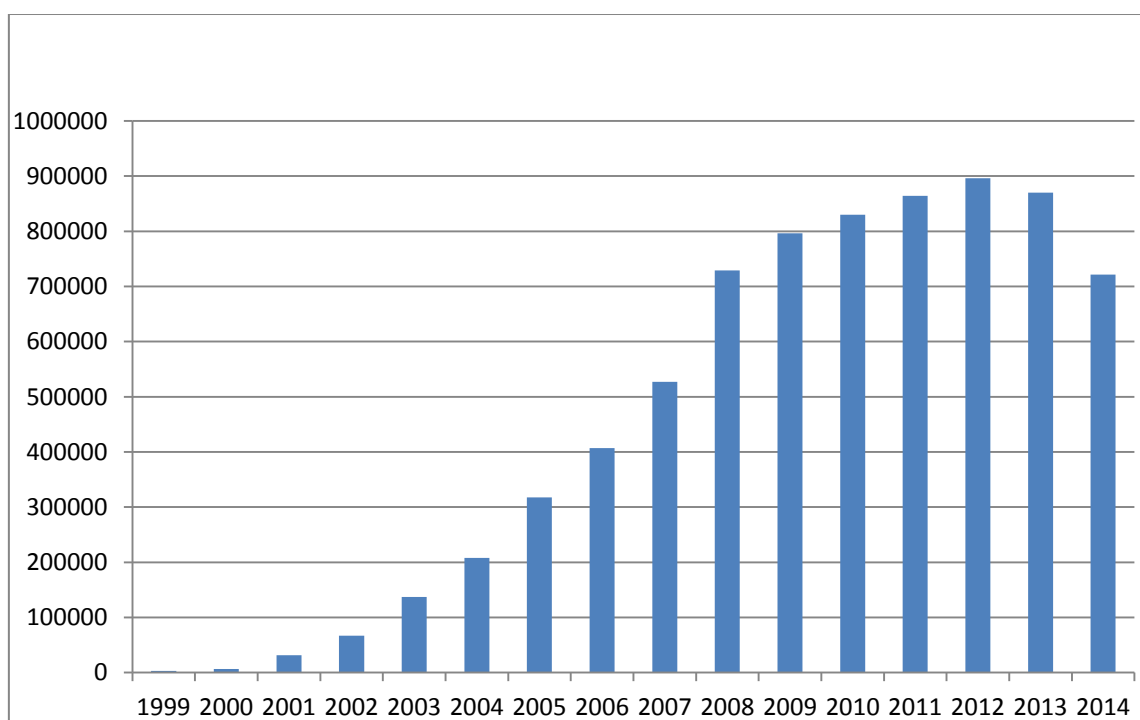


Figura 3. Evolución población inmigrada rumana empadronada en España desde 1999 a 2014

Fuente: Elaboración propia a través de datos extraídos del INE, 2014

En el caso de Navarra, el porcentaje de la población extranjera se sitúa en el 9,3% respecto al total de la población. Este dato es ligeramente inferior al obtenido en el porcentaje de España que era un 10,7%. En la siguiente tabla se muestran los datos absolutos y los porcentajes de la población española y la población extranjera empadronada en Navarra a 1 de enero de 2014.

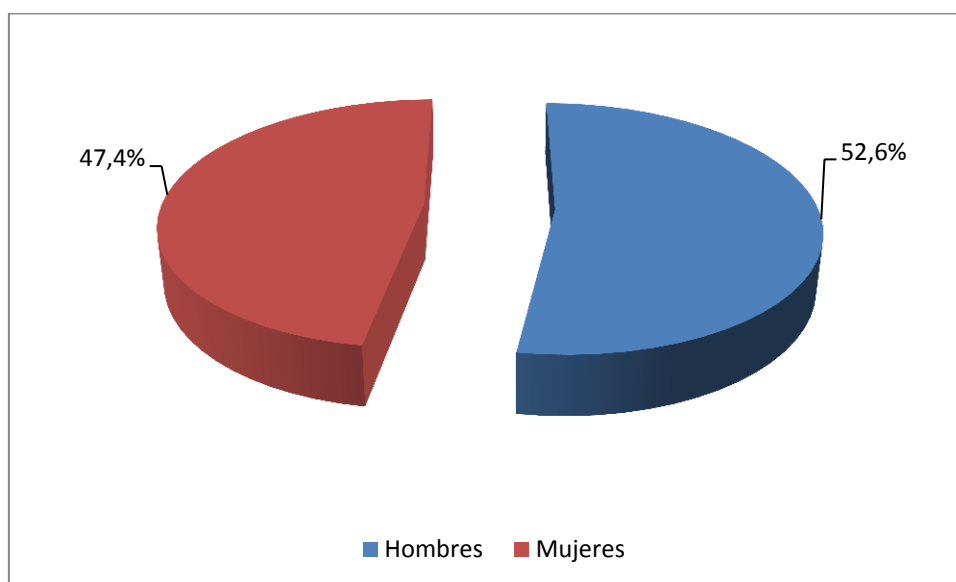
Tabla 3. Población empadronada en Navarra a 1 de enero de 2014

	Total	%
Población española	581.240	90,7%
Población inmigrada	59.550	9,3%
Total población	640.790	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE

La comunidad rumana en Navarra asciende a un total de 7.530 personas empadronadas, es decir un 1,2% del total de la población Navarra y un 12,6% respecto al total de la población extranjera.

Según género, de las 59.550 personas extranjeras empadronadas en Navarra, 31.337 son hombres y 28.213 son mujeres. En la siguiente figura se representa el porcentaje que, como puede comprobarse, varía sensiblemente en comparación con los porcentajes de España. En ese caso, la población masculina tiene una representación menor ya que se sitúa en el 51,2%.

**Figura 4.** Población extranjera empadronada en Navarra según género

Fuente: Elaboración propia a través de datos del INE, 2014

Si se tiene en cuenta la población extranjera de origen rumano, desciende la representación masculina que se sitúa en el 51,6% y aumenta la femenina hasta alcanzar el 48,4%.

Por último, en cuanto a los principales países de procedencia representados en Navarra

Tabla 4. Población extranjera empadronada en Navarra según país de procedencia (01/01/14)

	Total	%
Marruecos	8.365	14,0%
Rumanía	6.775	11,4%
Bulgaria	6.059	10,2%
Ecuador	3.775	6,3%
Portugal	3.660	6,1%
Colombia	2.243	3,8%
Argelia	2.092	3,5%
Bolivia	1.876	3,2%
Brasil	1.530	2,6%
Perú	1.232	2,1%
Ucrania	1.185	2,0%
República Dominicana	1.183	2,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

En este caso, el primer país representado es Marruecos con el 14% seguido de Rumanía con el 11,4%. Como puede apreciarse, el porcentaje de población rumana es inferior al obtenido en España que se situaba en el 14,4%. También llama la atención la representación de otros países que no figuran entre los doce más representados en España. Es el caso de Argelia, Brasil, Ucrania y Republica Dominicana. Del mismo modo, en España figuran entre los doce países más representados Reino Unido, China, Argentina, Alemania o Italia que constan en Navarra en esos primeros 12 puestos.

Estas diferencias se deben a diferentes tipos de migración como la turística o la ligada a determinados sectores de actividad económica.

3.2. Sistema Sanitario y normativa de extranjería.

Según la Organización Mundial de la Salud (2003), el Sistema Sanitario es el que se encarga de atender la situación sanitaria de la ciudadanía y concretamente define el sistema de la siguiente manera:

“El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud” (p.117).

Dentro del Sistema Sanitario, la salud es un aspecto fundamental para cualquier ciudadano y ciudadana el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006 como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (p.1).*

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano, que debe de ser atendida mediante las y los profesionales del ámbito sanitario para poder prevenir y paliar las enfermedades detectadas y desarrollar un adecuado bienestar físico y mental.

En palabras de Montiel, Stasi, Tabares y Magnoni (2009) *“la salud y la enfermedad son dos grandes extremos en la variación biológica que dependen del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total”*. (San Martín 1982, citado en Montiel, Stasi, Tabares y Magnoni 2009, p.13). Por ello, debemos procurar que ese contexto sea lo más adecuado posible para que no afecte al bienestar y a la calidad de vida de las personas.

La salud es fundamental, para gozar de una vida digna, y tal y como señala en la guía Salud y Comunidad Gitana (2005), cada vez la salud es más aceptada como un concepto amplio que afecta a los distintos aspectos de la vida humana: físicos, psicológicos y socioculturales, y no sólo como ausencia de enfermedad.

El acceso al Sistema Sanitario español por parte de la población extranjera ha sido una cuestión controvertida y motivo de constantes variaciones tanto en España como en

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Navarra. Por ello, es importante realizar una aproximación a la normativa de extranjería en general y a la normativa relativa al acceso de la población extranjera al Sistema Sanitario en particular.

3.2.1. Principales normativas de extranjería en España y de acceso de población extranjera Sistema Sanitario español

A nivel normativo, la población extranjera ha sufrido distinciones en materia de salud, tanto a nivel estatal como a nivel foral, dependiendo de la situación jurídico-administrativa en la que se encuentre. Por ello, es necesario abordar las distintas leyes que amparan el acceso al sistema sanitario de estas personas para comprender mejor el tema de estudio. No obstante y previamente, se distinguen estas dos situaciones en las que se encuentra la población extranjera según su situación jurídico-administrativa:

- Situación jurídico-administrativa regular, es aquella situación o estado en el que se encuentra la persona extranjera que posee una autorización de residencia, de residencia y trabajo, de estudiante o de cualquier otra índole que le autorice su estancia y/o residencia en España.
- Situación jurídico-administrativa irregular, se refiere a la situación de las personas extranjeras que carecen de autorización para la estancia y/o residencia en España.

El acceso al Sistema Sanitario de las personas extranjeras cobra gran relevancia por las diversas modificaciones que ha sufrido su legislación. La salud es un derecho al que hace referencia la Constitución española de 1978, que en su artículo 43 deja constancia de dicho reconocimiento de la siguiente manera:

“Se reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud. Mediante esta declaración se destaca la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar a la salud a través de las medidas preventivas y prestaciones y servicios necesario”. (BOE nº 311).

En el caso de las personas extranjeras, la normativa que regula sus derechos y libertades es la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social con sus respectivas modificaciones. La aplicación de esta normativa es para las personas de origen extracomunitario no familiares de primer grado de personas de origen comunitario. En esta Ley Orgánica, que ha sufrido siete modificaciones hasta la fecha actual, se regula el derecho a la asistencia sanitaria que en la actualidad queda reflejado de la siguiente manera:

“Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria. (Redactado conforme al Real Decreto-Ley 16/2012). Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria” (BOE nº.98)

El Real Decreto-Ley 16/2012 al que se hace referencia es de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Por otro lado, la normativa de extranjera de aplicación para la población de origen comunitario y sus familiares es el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, que establece la entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y de sus familiares.

En el artículo 1 define el objeto de la norma y su ámbito de aplicación.

“El presente Real Decreto regula las condiciones para el ejercicio de los derechos de entrada y salida, libre circulación, estancia, residencia, residencia de carácter permanente y trabajo en España por parte de los ciudadanos de otros Estados miembros de la Unión Europea y de los restantes Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, así como las limitaciones a los derechos anteriores por razones de orden público, seguridad pública o salud pública” (BOE, nº 51).

De tal manera, este Real Decreto es el de aplicación para la comunidad rumana residente en España, puesto que dicho país es miembro de la Unión Europea, y su entrada, salida y circulación queda regulada a través de este Real Decreto y sus modificaciones. También queda regulada la residencia superior a 3 meses en ciudadanos y ciudadanas miembros de la Unión Europea, como aquellos casos de estancia y residencia, residencia de carácter permanente, la expedición, tramitación y renovación de certificado de registro y tarjeta de residencias.

También es trascendental dentro de la materia de extranjería, señalar el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, que regula dicha Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero mediante el cual se aprueba el nuevo reglamento de extranjería y quedan recogidas las entradas, salidas, prohibiciones, autorizaciones de tarjetas para entrar, residir y trabajar en España. Es decir, todos aquellos aspectos que tengan que ver con los derechos y las libertades de las personas extranjeras en España.

Al relacionar esta normativa con el ámbito sanitario, es preciso recordar que la sanidad es un logro alcanzado a nivel social. En cuanto a la legislación en materia de sanidad, es necesario enfatizar que a lo largo de estos últimos años, ha sufrido diversas modificaciones, en concreto la mencionada anteriormente que se denomina Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

A través de esta modificación y en relación a la población extranjera, quedan reflejadas únicamente como perceptoras del Sistema Nacional de Salud aquellas personas que se encuentren en situación jurídica-administrativa regular, mientras que en caso de encontrarse en situación jurídico-administrativa irregular, quedan fuera de este derecho a la asistencia sanitaria gratuita como cualquier ciudadana o ciudadano español. Esta medida es así en todos los casos a excepción de los que a continuación se enumeran:

«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades»:

a) *“De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica”.*

b) *“De asistencia al embarazo, parto y postparto”.*

“En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.»

BOE nº 98 p. 31286)

Esta medida que está en vigor desde la reforma sanitaria en el año 2012 ha dejado fuera, según datos ofrecidos por el Gobierno de España, a 873.000 personas extranjeras (Torres, 2015). No obstante, en algunas comunidades autónomas debido a la transferencia de competencias en materia de salud se ha reconocido el derecho a la asistencia sanitaria a personas extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular. Es el caso de Navarra.

Es importante destacar que en el mes de marzo del presente año el Gobierno de España anuncia la modificación de la reforma sanitaria en relación al acceso de las personas extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular para que puedan volver a acceder a su tarjeta sanitaria.

3.2.2. Legislación Foral sobre el acceso al Sistema Navarro de Salud

A nivel Foral, en Navarra existen distinciones en el acceso al sistema sanitario de las personas extranjeras empadronadas en Navarra. La Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra a través de la modificación de la ley foral 8/2013, de 25 de febrero señala en su artículo 4, los derechos de aquellas personas residentes en la Comunidad Foral y en su artículo 11 señala más específicamente que la asistencia sanitaria pública, se amplía a:

“La asistencia sanitaria pública, de cobertura universal, se extiende a todas las personas que residan en los municipios de la Comunidad Foral de Navarra. También se extiende a los inmigrantes que residan en los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa” (BON nº 43).

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Esta modificación implica, una excepción en aquellos casos de personas que se encuentren en situación jurídica-administrativa irregular, quedando de esta manera regulada la atención sanitaria a personas extranjeras con independencia de la situación jurídico-administrativa en la que se encuentren. Por tanto, toda persona extranjera tiene acceso a la asistencia sanitaria en Navarra a pesar de la reforma sanitaria estatal del año 2012 mencionada anteriormente. Esta situación supone un importante logro para estas personas ya que se les reconoce este derecho.

3.3 Trabajo Social Sanitario

Dentro del Sistema Sanitario, una de las profesiones a las que hay que hacer referencia es el Trabajo Social. Existen diversas definiciones sobre esta profesión, pero entre todas se destaca la dada por el Consejo General de Trabajo Social (2014) que la define de la siguiente manera:

“El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los Derechos Humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social” (p.1).

Teniendo en cuenta los conceptos de Salud y Trabajo Social, conviene situar en palabras de Colom (2008) el concepto de Trabajo Social sanitario, que es definido como: *“Una especialización del trabajo social en el ámbito sanitario. El Trabajo Social se aplica en los establecimientos sanitarios. Es la teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad” (p. 155).*

Dentro la figura del trabajador o trabajadora social sanitaria, una de sus funciones se centra en intervenir con usuarios y usuarias en Atención Primaria. Los y las profesionales a menudo atienden a personas que provienen de otros países, es decir, a personas extranjeras que, tras la llegada a un país desconocido, necesitan orientación y apoyo, tanto en el conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, como en la normativa de extranjería relacionada con el acceso al propio sistema. Además,

requieren asesoramiento sobre cuáles son sus derechos, con qué recursos cuentan y cómo puedan acceder a prestaciones, entre otras cuestiones.

Es de gran relevancia destacar que desde la profesión se trabajan otros aspectos importantes relacionados con otros ámbitos de intervención como el familiar, el educativo, el empleo, la vivienda, el económico, etc. El objeto es mejorar la calidad de vida de estas personas y posibilitar que las necesidades y carencias que puedan tener queden cubiertas.

Dentro del ámbito sanitario, las y los profesionales desarrollan y diseñan diagnósticos sociales sanitarios, realizan intervención sociosanitaria, se coordinan con los distintos profesionales para una adecuada intervención, impulsan actuaciones que prueben la salud de las personas, elaboran programas de prevención y sensibilización, etc. En este sentido, se destaca la importancia de actuar en acciones de prevención como elemento fundamental para poder paliar los problemas de salud de las personas que acuden al sistema.

Como profesionales, las demandas y las necesidades detectadas deben ser abordadas teniendo en cuenta a la persona de manera integral, con sus características específicas. En este sentido, la población inmigrada, y en concreto la rumana, supone un reto para los y las profesionales del Trabajo Social por la diversidad que aportan. Además, la detección de problemas relacionados con la salud por parte de profesionales del Trabajo Social sanitario es lo que impulsa la elaboración de la propuesta de intervención que se presenta.

3.4. Desigualdades en salud

Existen desigualdades que pueden acabar afectando seriamente a la salud de las personas por diversas causas que a continuación se detallan. Dentro de los indicadores que establecen una debilitación de la salud, la edad es un factor importante que influye de manera significativa en este ámbito, pero, durante los últimos años a través de diversos estudios, se han podido destacar que las desigualdades de salud pueden estar muy relacionadas según la clase social a la que se pertenezca y la cultura de estas personas (Montiel, Stasi, Iglesias, Mangnoni, 2009).

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Con el paso del tiempo, nuestra salud se va debilitando y esto provoca que las afecciones empiecen a ser mayores. Según los estilos de vida que hayamos tenido, la salud puede estar condicionada.

Además de la edad, hay otros factores como los estilos de vida no saludables relacionadas con la alimentación que repercuten en el aumento de enfermedades y, en concreto, de la obesidad entre los colectivos más desfavorecidos. El encarecimiento de determinados productos alimenticios como las verduras y las frutas hacen que personas en una situación de precariedad económica no puedan acceder a ellos. Entre otras personas se señalan la población inmigrada que se han visto afectadas por la crisis económica de una manera destacada. En concreto las personas de origen rumano con escasos recursos que según diversos profesionales del ámbito sanitario y autores su dieta no resulta saludable para la salud (Montiel et al. y otros, 2009).

La falta de intervención con personas cuyos hábitos alimenticios son inadecuados implica un deterioro en su estado de salud y la posibilidad de que enfermen antes. Además los riesgos para su salud aumentan considerablemente y enfermedades como la diabetes o enfermedades coronarias resultan frecuentes. Por ello, promover hábitos alimenticios saludables con la promoción de dietas variadas y equilibradas es fundamental para poder paliar estas afecciones que a la larga pueden convertirse en problemas serios de salud.

A continuación, el autor Wagstaff (2002), nos presenta un marco conceptual para poder entender cómo se ocasionan o se originan las desigualdades en salud, para ello, nos presenta dos cuadros que lo desarrollan de manera esquemática.

En este primer esquema y según el autor, una de las características principales que hace variar el determinado nivel de salud de las personas es la pobreza. Es decir, aquellos países más empobrecidos y con menos recursos tanto económicos, como sociales, muestran una mayor debilidad o riesgo a enfermar antes. Ello también implica que la salud de estas comunidades sea más delicada o débil. En conclusión, los países más empobrecidos muestran peores niveles de salud por causas como la falta

de recursos económicos, la carencia de apoyo social, la escasez de asistencia sanitaria, desnutrición en muchos casos, o una no adecuada alimentación....

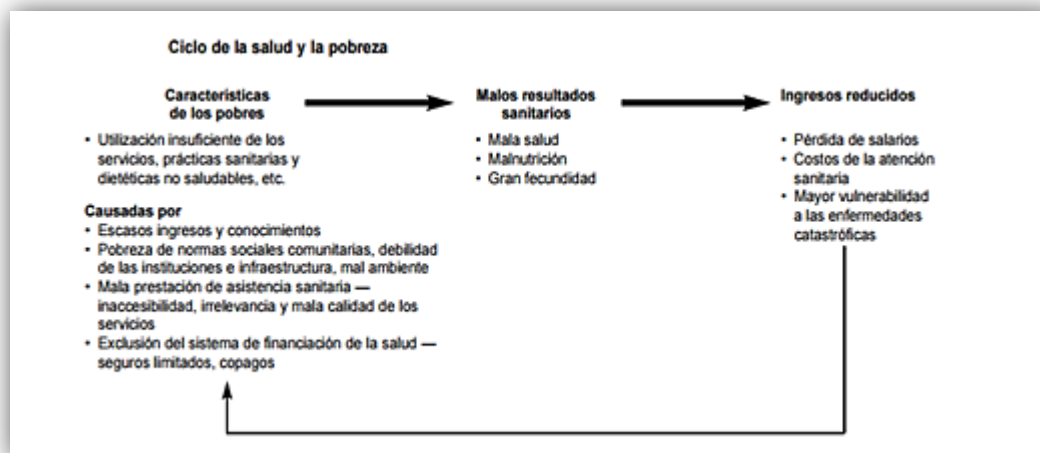


Figura 5. Ciclo de la salud y la pobreza.

Fuente: Wagstaff (2002).

Junto con este cuadro que muestra el autor y centrando la atención en la comunidad rumana con la cual se va a trabajar en la propuesta de intervención que se presenta, dicha comunidad muestra una mayor tendencia a tener una salud más débil. La explicación a esta circunstancia puede encontrarse en la teoría de Wagstaff (2002) mencionada puesto que provienen de un país con altos niveles de pobreza.

Además de lo expuesto, el autor presenta otro segundo esquema que muestra de manera esquemática, cómo las desigualdades en salud están determinadas por distintos factores como son los políticos y las acciones gubernamentales realizadas en relación a esta materia, el sistema de salud específico, los sectores relacionados con la salud y que afectan a ella, o la situación familiar concreta. Todo ello genera unos resultados a nivel sanitario.

En la siguiente figura se muestra el marco conceptual de Wagstaff (2002) para entender las desigualdades existentes en salud.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

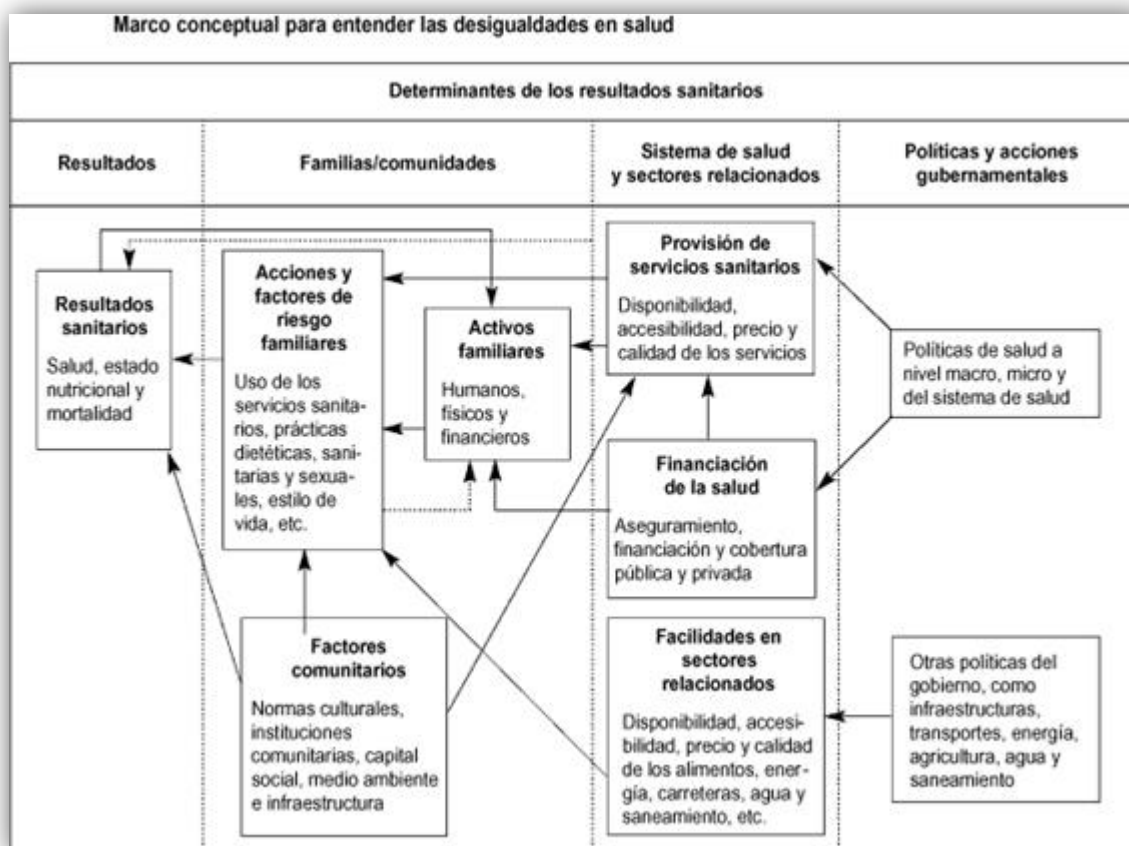


Figura 6. Marco conceptual para entender las desigualdades en salud.

Fuente: Wagstaff (2002).

El autor explica las desigualdades en salud y cómo los factores socioeconómicos, comunitarios, familiares, etc., influyen en el estado de salud de las personas. Cuanto mayor sea el nivel económico, social, cultural, etc., más probabilidades hay de que la salud de las personas sea mejor.

En cambio, las personas con menos recursos, tienden a situarse en situación de desventaja social, frente a las circunstancias familiares, comunitarias y condiciones de salud, que hacen peligrar la calidad de vida de estas comunidades o personas. En concreto, la comunidad rumana con la que se va a trabajar, se encuentra en una situación de desigualdad y desventaja social, puesto que, cuenta con unos recursos muy escasos tanto en su país de procedencia, como en España. (Pilar García, Trabajadora Social del Centro de Salud de la Milagrosa). Por todo ello, es prioritario trabajar en la promoción sociosanitaria de esta comunidad, así como en la mejora de

sus condiciones de vida para paliar las situaciones de desigualdad sanitarias en las que se encuentran.

Por otro lado se detectan distintas prácticas alimenticias y una utilización diferente del Sistema de Salud. Estas dinámicas y maneras de proceder son motivo de gran preocupación para los y las profesionales de la salud, ya que puede poner en peligro el estado de salud de las personas. En el caso concreto de la comunidad rumana y según manifiesta la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa, la mortalidad se acentúa de manera considerable y se reduce la esperanza de vida.

“Si tú ves, en torno a 1990 baja la esperanza de vida pero de manera muy significativa porque se reduce la protección, eso en Rumania se mantiene. No hay protección el tema de los niños. Es dramático, de mendicidad, de callejeo, de enfermedades. Sobre todo en lugares que es de donde viene esta gente, vienen gran parte de Bucarest y del sur de Bucarest, que es una zona, mira yo cuando la vi me recordaba como a la Ulzama. Es una zona así como muy arraigada, un frío bueno, en Agosto hacia frío pues no quiero pensar cómo es eso en Noviembre, de mucha humedad no es casual que tiene muchos problemas respiratorios, que hay una mortalidad precoz” Pilar García, trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa de Pamplona.

Al hilo de las desigualdades en salud que señala el autor Wagstaff (2002), entre la comunidad rumana, se han detectado factores que sitúan a la comunidad en situación de desigualdad. Entre ellos, se encuentran los siguientes:

- Precarias condiciones de vida. Una de las carencias principales que presenta esta comunidad según relatan las y los profesionales de Salud y Servicios Sociales se encuentra en la carencia de recursos económicos. Muchos de ellos y ellas no han accedido al mercado laboral, lo cual les hace situarse en una situación de precariedad económica. Al hilo de todo esto hay que sumarle que, parte de la comunidad, no cuenta con ayudas económicas ya que no han llegado a cumplir los dos años de empadronamiento como requisito para poder

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

acceder a alguna de las prestaciones asistenciales, que marcan como requisito esta estancia en Navarra. El hecho enfrentarse ante esta situación de déficit económico, complica de manera significativa la posibilidad de que la comunidad haga frente a sus necesidades básicas de alojamiento y manutención.

Es por ello que esta situación provoca una desigualdad en muchos ámbitos, ya que las necesidades principales no pueden ser cubiertas de manera adecuada.

Además, hay que considerar que una parte de esta población presenta déficits en cuanto a la lectoescritura en su propia lengua y por supuesto también en castellano. Ello hace aún más difícil la incorporación al mundo del trabajo, dadas las exigencias actuales del mercado laboral.

- Marcos de referencia culturales diferentes. Además de lo citado anteriormente, la comunidad rumana proviene de un país con gran diversidad étnica y cultural en origen, que llega a un entorno también diverso. Las practicas alimenticias y las concepciones de salud y bienestar son diferentes y el marco de referencia cultural de las personas influye sobremanera en las mismas. La comunidad rumana presenta diferencias en la manera de alimentarse y los problemas que se detectan de desnutrición en menores y de salud en población adulta pueden deberse a una inadecuada alimentación.
- Desconocimiento del Sistema de Salud español y de su funcionamiento. Para finalizar, otro de los aspectos en desigualdad que se ha podido comprobar en la comunidad rumana, es el tema vinculado al desconocimiento de los recursos sanitarios y su funcionamiento. Desde los Centros de Salud, se manifiesta que existe un desconocimiento de la comunidad sobre los servicios y recursos existentes. Esta situación provoca una desigualdad con respecto al resto de la población, puesto que en caso de enfermar o en caso de tener una duda, no conocen cuáles son los recursos o medios con los que cuentan y tampoco se pueden realizar acciones preventivas para la salud.

3.5. Mediación intercultural

La diversidad cultural en las personas que son atendidas en el Sistema Sanitario es cada vez mayor. Esta circunstancia implica un esfuerzo mayor por parte de los y las profesionales de los servicios sanitarios para atender adecuadamente esta diversidad y que no se convierta en una desigualdad de las culturas minoritarias. Las diferencias de idioma y de costumbres sanitarias se convierten en barreras que sitúan a las personas que provienen de otros países en situaciones de desigualdad.

“Vivimos en una sociedad en la que coexisten diferentes culturas, personas procedentes de distintas partes del mundo, y cada una de ellas con su propia identidad cultural”
(Setién, 2001, p. 45).

Siguiendo la línea argumental de Setien (2001), vivimos en una sociedad en la que conviven personas de distintos países, con distintas culturas e idiomas. El uso de idiomas dispares puede suponer una dificultad a la hora de intervenir con personas procedentes de otros países, por la complicación que supone desarrollar una simple conversación. Hoy en día, la sociedad es cada vez más plural y diversa culturalmente. El encuentro y la comunicación entre personas y grupos de diferentes culturas en un clima de respeto y aceptación mutua es lo que se denomina interculturalidad.

En estos casos, a la hora de acudir a los servicios como el Centro de Salud o los Servicios Sociales existe una dificultad de comunicación importante por la diferencia de idioma, que debe ser abordada. De este modo, se logrará que la información sea lo más directa y comprensiva posible, además de una intervención eficaz. De no ser así, en muchos casos, puede generar malos entendidos y una no adecuada interpretación de la información transmitida, tanto de recursos como de derechos y obligaciones de las personas usuarias. Es por ello, que se considera relevante poderse comunicar entre las partes, tanto población autóctona como población inmigrada, puesto que a través de la comunicación nacen las relaciones humanas.

Para que estas relaciones humanas se desarrollen de manera adecuada, es necesario establecer espacios de comunicación intercultural donde sea posible conocer y

comprender la diversidad cultural, así como otra serie de aspectos vinculados con la prevención y la promoción de la salud entre los colectivos.

Por otro lado y además de la diversidad lingüística, hay que destacar que cada cultura tiene concepciones diversas sobre la salud y la enfermedad, con apreciaciones también diferentes. De hecho, cada una de ellas tiene costumbres y hábitos variados y esto a veces puede generar dificultades y desigualdades a nivel sanitario. La clave para la correcta intervención puede encontrarse en un desarrollo de las competencias interculturales por partes de los y las profesionales.

Según las profesoras Bermúdez, Prats y Uribe (2000) se entiende por interculturalidad *“a las interacciones, intercambios, que se producen en contextos multiculturales y que permiten influirse mutuamente a través de la comunicación entre personas de orígenes diversos”* (p. 2).

Siguiendo la línea argumental de Bermúdez, Prats y Uribe es a esos intercambios que se producen a los que debemos de atender y abordar, para poder entender y conocer de primera mano los diversos modos de vida y costumbres de la población que llega al país. Además de poder acompañar y facilitar sus procesos de incorporación en aquellos ámbitos que requieran una necesidad.

En este sentido, es interesante destacar la aportación que realiza la Fundación ANAFE en relación a la interculturalidad que la define como:

“la relación, comunicación, intercambio e interacción respetuosa, enriquecedora, recíproca, simétrica y en igualdad entre individuos, grupos e instituciones que pertenecen y proceden de distintas culturas” (Fundación ANAFE, 2008, p. 30).

Como profesionales del Trabajo Social, se debe tener en cuenta la importancia de establecer relaciones interculturales que eviten los problemas de comunicación y los malos entendidos. Sin una adecuada comunicación no se puede intervenir con garantía de éxito, ni estas personas pueden lograr incorporarse de una manera positiva. El acercamiento y entendimiento ha de ser mutuo y los esfuerzos tienen que ser compartidos para conseguir el objetivo de una relación intercultural.

En este sentido, es de gran relevancia destacar a la definición Malgesini y Giménez (1997) que señalan:

“La integración es el proceso de adaptación mutua de dos segmentos socioculturales mediante el cual: 1) la minoría se incorpora a la sociedad receptora en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen; y 2) la mayoría acepta e incorpora los cambios normativos, institucionales e ideológicos necesarios para que lo anterior sea posible” (Giménez, 1993, citado en Malgesini y Giménez 1997, p 204).

Para que la integración se produzca, hay que modificar muchos de los prejuicios y estereotipos que se tienen hacia la población inmigrada. En los contextos diversos que configuran hoy en día las sociedades es necesario hacer hincapié en una figura profesional que en muchas ocasiones resulta imprescindible para favorecer el acercamiento. Es la figura del mediador o mediadora intercultural, cuyo principal objetivo consiste en facilitar la interacción y el encuentro entre partes distanciadas étnica y culturalmente.

A este respecto conviene recordar las palabras de Giménez (1997) respecto a la definición de mediación intercultural.

“Entendemos la Mediación Intercultural –o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales- como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, al regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados” (p. 192).

Para trabajar con la comunidad rumana, objeto de la propuesta de intervención que se presenta, es preciso contar con la figura de la mediadora o mediador intercultural en la medida que va a facilitar la comunicación y el entendimiento entre los y las profesionales del ámbito sanitario y las personas inmigradas de este origen.

Se trata de un trabajo entre las dos partes, de acercamiento hacia los servicios y recursos sanitarios existentes por parte de la población inmigrada, a la vez que se informa y orienta a los y las profesionales sobre las características específicas de esta comunidad para que sea atendida según las necesidades que plantea dicha población. (Bermúdez, Prats, Uribe, 2000).

En este sentido, son muy interesantes las aportaciones de Cohen-Emerique (2014) que defiende la necesidad de un enfoque intercultural en la intervención social. Este enfoque está constituido por tres etapas que son: el descentramiento, el descubrimiento del marco de referencia de la otra persona, y la negociación y mediación.

A través de una intervención intercultural, los resultados que obtengamos tanto los y las profesionales del Trabajo Social, como las personas inmigradas serán mucho más positivos y gratificantes ya que, supondrá poder entender a la población y sentirse escuchados y escuchadas por la población autóctona. A la vez, podrá implicar una mayor confianza y seguridad hacia ellos y ellas y poder trabajar de manera que todos y todas puedan participar, lo cual, supondrá abarcar de una manera más integral las necesidades que puedan plantearse.

En la elaboración de propuestas de intervención con poblaciones inmigradas, y en concreto con personas rumanas, se debe tener muy en cuenta la importancia de la educación en sentido amplio y su responsabilidad. De hecho, “las dos responsabilidades fundamentales que tiene que asumir la educación son la lucha contra todas las formas de exclusión social y la búsqueda de estrategias educativas que favorezcan el desarrollo de valores, y la participación en un proyecto común de sociedad donde cada persona tenga su puesto, su responsabilidad y su tarea” (Bartolomé, 2002, citado en Aneas 2005, p. 7).

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA CON POBLACIÓN RUMANA RESIDENTE EN ANSOÁIN.

4.1. Presentación de la propuesta.

La propuesta de promoción para la salud de personas inmigradas rumanas residentes en Ansoáin responde a las necesidades detectadas por las y los profesionales del Centro de Salud de la localidad.

A través de esta propuesta se pretende abordar o trabajar las necesidades específicas que estarán dirigidas a:

- Los y las profesionales del Centro de Salud de Ansoáin.
- Y a la población rumana en base a dos bloques de necesidades específicas a abordar.
 - **Funcionamiento, utilización y acceso del Sistema Sanitario.**
 - **Hábitos saludables** (dirigidos en dos líneas):
 - **Conocimiento de hábitos alimenticios adecuados.**
 - **Prevención de embarazos prematuros y enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual.**

Para ello, participaran en la propuesta tanto la comunidad rumana, como los y las profesionales de salud por su trayectoria y experiencia profesional en cada ámbito de referencia.

Para abordar estas necesidades, se trabajará en grupo junto con el equipo de profesionales nombrados anteriormente y la comunidad rumana, ya que, es una necesidad que afecta a un colectivo en concreto.

En este caso, los talleres se desarrollarán a través del tipo de grupo socioeducativo, que posibilitará trabajar la adquisición de determinados hábitos, en este caso, alimenticios, además del conocimiento del uso del Servicio de Salud, o los diversos métodos anticonceptivos que han sido detectados como necesidades principales.

En cuanto al origen del proyecto, dadas las necesidades y la carencia de un proyecto con este tipo de características en el municipio, el trabajo se ubicará en el municipio de Ansoáin, el cual pertenece a la Comunidad Foral de Navarra.

4.2. Fundamentación

A través del presente apartado de fundamentación se hace referencia al porqué es necesario realizar esta propuesta de intervención y que tiene que ver con las necesidades específicas detectadas por los y las profesionales del Centro de Salud con la comunidad rumana empadronada en Ansoáin. A través del equipo profesional que compone el Centro de salud, se ha podido contrastar las afecciones que muestra esta determinada comunidad. Entre ellas, los hábitos alimenticios están provocando afecciones o riesgos de sufrir alguna enfermedad a nivel sanitario, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares por una ingesta inadecuada de alimentos. En cuanto a los embarazos prematuros, se ha podido percibir que es un tema de gran relevancia, puesto que muchas de las menores pertenecientes a esta comunidad están siendo madres aun siendo menores de edad. Además es preciso tener en cuenta los riesgos que puede provocar la no utilización de métodos anticonceptivos como prevención de enfermedades infectocontagiosas. Junto con estas necesidades, hay que añadir el desconocimiento del uso y acceso a los recursos sanitarios por parte de esta comunidad.

Para detectar las necesidades relacionadas con la salud de la comunidad rumana se han realizado dos entrevistas en profundidad a las trabajadoras sociales de salud del Centro de Salud de Ansoáin, Irene Taberna, y a la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa, Pilar García.

Las aportaciones de Irene Taberna han permitido descubrir las principales necesidades a abordar en la comunidad rumana residente en Ansoáin y poder realizar un diagnóstico más exhaustivo de la situación. Por otro lado, la entrevista con Pilar García ha permitido identificar las necesidades que ella ha manifestado con la comunidad rumana en el barrio de la Milagrosa, y sus experiencias previas de trabajo social con esta comunidad a través de un proyecto llevado a cabo en su Centro de Salud.

También, se ha tenido en cuenta la entrevista realizada a la mediadora intercultural de la Fundación ANAFE, Ana Turcan, que ha podido exponer su experiencia profesional y labro con esta comunidad.

En conclusión, las tres entrevistas en profundidad han sido de gran utilidad ya que han sido las herramientas principales para poder detectar las necesidades y posibilitar la elaboración de la propuesta de intervención.

Aunque son diversos los ámbitos que se podrían abordar con esta población, en este caso el trabajo se centrará en aquellos que preocupan y relatan las y los profesionales desde el municipio de Ansoáin. Los principales problemas son los siguientes:

- **Hábitos alimenticios inadecuados.** La población rumana cuenta con un estilo de vida y unos hábitos alimenticios diferentes a las personas autóctonas. Desde el Centro de Salud de Ansoáin, especialmente desde pediatría, se valora que es una población que toma bastante grasa y bollería. Además de ello, con los menores se establecen pocos límites, lo cual provoca niveles elevados de obesidad, principalmente en la población infantil. La trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin manifiesta lo siguiente:

“Desnutrición no se ha detectado, quizá las familias que tenemos aquí en Ansoáin que estén más establecidas, un problema más de malos hábitos que perjudican y al final hay obesidad porque comen muy mal, mucha bollería, no comen verdura, no... entonces se come muy mal...”. Irene Taberna, trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

Entre la población adulta también se han detectado problemas de obesidad, puesto que esta problemática se desarrolla desde edades tempranas y no responde a los modelos de educación para la salud que están establecidos, los cuales han acabado perjudicando o provocando riesgos de sufrir algún tipo de enfermedad concreta.

“la obesidad en adultos, problemas vasculares, los relacionados, diabetes, obesidad, temas cardiacos, temas también respiratorios porque quizá los hábitos del tabaco...”.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Irene Taberna, trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

Como queda reflejado, el no realizar una adecuada alimentación o carecer de hábitos alimenticios está generando que la calidad de vida de estas personas se esté viendo afectada, de tal manera, que a la larga está provocando una serie de enfermedades como las cardiovasculares, la obesidad o la diabetes, entre otras.

Las distintas profesionales del ámbito sanitario, en concreto de pediatría y enfermería, señalan que los hábitos alimenticios llevados a cabo por esta población no son adecuados. Para ello, se han fijado en unos estándares concretos, que establecen que la población rumana no realiza una dieta variada y equilibrada lo cual a la larga provoca afecciones a nivel sanitario.

- **Prácticas sexuales con riesgos para la salud.** Dentro de la comunidad de personas rumanas se están realizando prácticas sexuales sin protección a edades muy tempranas lo que provoca embarazos prematuros y posibles enfermedades de transmisión sexual. Las profesionales del Centro de Salud detectan que las tasas de gestaciones han aumentado considerablemente y esto ha alertado a las y los profesionales del ámbito de la salud.

“Sí, eso sí. Parece que es bastante frecuente, de inicio de relaciones pronto, emparejamientos muy pronto, parece que muchas veces forzados. Eso sí ha pasado bastante, incluso en otras zonas, porque las Trabajadoras Sociales de primaria que nos coordinamos sí que más de una vez se comentan casos, donde se ha necesitado apoyo para chicas jóvenes con embarazos no deseados”. Irene Taberna, trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

Las menores que son madres a edades muy tempranas todavía no están preparadas para afrontar esta nueva situación de ser madres. Este cambio, implica que las abuelas acaben asumiendo el rol de madres de sus propios nietos y nietas. Además de ello, las condiciones de habitabilidad que cuentan

muchas de las viviendas donde residen, no suelen ser las más adecuadas para el o la menor. La carencia de ingresos económicos supone no poder obtener una vivienda en mejores condiciones de espacio y habitabilidad.

Además de la preocupación que supone por la edad temprana en la que comienzan a ser madres, el no llevar a cabo una adecuada alimentación en las edades adultas y en las y los menores que acaban siendo madres, preocupa también porque no se lleven a cabo con los menores nacidos de los embarazos prematuros. Es especialmente preocupante por la importancia del adecuado desarrollo del o la menor.

▪ **Desconocimiento del idioma castellano y de las culturas del nuevo entorno.**

Tal y como se ha señalado anteriormente, otra de las barreras que se ha podido detectar a la hora de intervenir con esta población, ha sido el idioma. Rumanía tiene su propio idioma oficial, el rumano, y muchas de las personas que han acudido al Sistema Sanitario o a diversos servicios relacionados con Servicios Sociales, han detectado una dificultad a la hora de ponerse en contacto o llevar a cabo una mera conversación. Hay que señalar, que parte de la comunidad rumana presenta una dificultad en cuanto a la lectoescritura, lo cual muchas veces ha complicado la intervención por parte de los y las profesionales con esta comunidad. Esta dificultad ha supuesto que a menudo la intervención se ha tenido que ceñir a la demanda específica que el usuario o la usuaria planteaba, sin dar pie o oportunidad a poder abordar otros ámbitos de relevancia.

“Ha habido temporadas en las que de repente han aparecido familias rumanas, donde ningún miembro hablaba castellano. Venían acompañados de una persona que hacía de traductor y esta persona venía un poco como queriendo limitar mucho la intervención a la demanda que en ese momento expresaba, que era la tarjeta sanitaria y punto y no permitiendo que nos acercásemos a las personas que le acompañaban no Y sí que hemos tenido a veces va por temporadas pero por grupos de

familias grandes que les acompaña un mediador no nos aclaran ni cómo viven, ni de que viven” Irene Taberna, trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

El idioma, en ocasiones, ha supuesto una complicación para ponerse en contacto con el o la paciente, y es una de las principales barreras que se ha podido detectar. Esto implica dificultades en la transmisión de mensajes en ambas direcciones, de profesional a paciente y viceversa.

- **Desconocimiento de los recursos sanitarios.** Junto con las demás necesidades que han sido señaladas anteriormente, entre los y las profesionales de salud también se ha detectado que es una comunidad que no conoce exactamente los recursos sanitarios, su acceso, derechos, uso, etc.

Para contrastar esta información, tenemos a la profesional del Centro de Salud de la Milagrosa, quien relata que existe dificultad para conocer o manejar los recursos existentes por parte de la población rumana.

“...las dificultades que hay para el manejo de recursos, en nuestros casos en el Centro de Salud. También veíamos procesos de cuidados sobre todo en la crianza...”. Pilar García, trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa.

En Ansoáin, en concreto, la Trabajadora Social del Centro de Salud, relata la necesidad de explicar a esta población sus derechos, así como los distintos recursos existentes en el municipio de Ansoáin.

“...una buena manera de que ellos quieran acercarse y venir a hacer sesiones para ofrecerles información acerca de cómo se funciona, desde lo que se puede ofrecer desde los servicios públicos y de lo que ellos entonces pueden hacer...”. “...no sé si conocen bien sus derechos ni, en lo que a salud respecta...”]. Irene Taberna, trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

Es por ello, que se considera primordial, poder trabajar con esta comunidad sobre los distintos recursos a los que pueden acceder, así como conocer sus derechos como personas inmigradas, de tal manera que cuando tengan una demanda específica sepan a dónde acudir.

Entre todas las necesidades detectadas, aunque se considera que todas son fundamentales a abordar por la importancia y la preocupación que están generando principalmente a los y las profesionales de salud, la más primordial y la que más preocupa es aquella vinculada con las prácticas sexuales de riesgo. Ya que, a través de las profesionales de salud se ha podido comprobar que el número de gestaciones que está desarrollando esta comunidad ha aumentado de manera considerable. De tal manera, que preocupa por dos motivos: por la edad temprana de las menores que acaban siendo madres y por el riesgo de contraer algún tipo de enfermedad infectocontagiosa por no usar ningún tipo de métodos anticonceptivos.

Es por ello, significativamente importante trabajar desde la prevención y la promoción de la comunidad, para una adecuada alimentación, porque si no, a la larga puede aumentar y provocar muchos riesgos como con los y las menores.

El hecho de que en su país la situación sea claramente preocupante, por las condiciones de vida, higiene, salud, alimentación, etc., las que están expuestas estas personas, no implica que la situación de esta comunidad aquí sea mejor. Ya que, según manifiestan las profesionales entrevistadas, la situación de la comunidad rumana no es buena. Esto se debe a los problemas expuestos anteriormente, agravados por situaciones de exclusión social de algunas personas que carecen de unas mínimas condiciones de vida, de ingresos o de vivienda adecuada.

“Yo este verano he estado en Rumania, porque me quede así con el esto yo lo tengo que entender allí, y aquí están mal, pero allí están peor, no van a volver. Ellos en principio su vocación es quedarse, pero queremos que generar a parte de la vocación de quedarse, porque aquí consiguen mejor nivel de vida que el que tienen allí. Es que lo que

hay que generar en ellos es una sensación de que son de aquí, de arraigo, seguimos funcionando al margen de esta comunidad, y en algún momento va a pasar factura porque los niveles de exclusión cada vez son mayores". Pilar García, trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa.

4.2.1. Análisis de situación

Para poder centrar la propuesta de intervención en el municipio de Ansoáin resulta de gran interés analizar el número total de población empadronada que lo compone, además de conocer el número de personas rumanas establecidas en el municipio para poder cuantificar la población a la que vamos a hacer referencia.

Tabla 5. Datos población según origen y género en Ansoáin 2014

	Total	Hombres	%	Mujeres	%
Total Población	10.861	5.401	49,7%	5.460	50,3%
Población española	10.035	4.959	49,4%	5.076	50,6%
Población extranjera	826	442	53,6%	384	46,5%
Población rumana	112	56	50%	56	50%

Fuente: elaboración propia a través de datos extraídos del INE, 2014

Tal y como muestra la tabla anterior, el municipio de Ansoáin está compuesto por un total de 10.861 personas, de las cuales el 49,7% son hombres y el 50,3% son mujeres. En relación a las personas extranjeras, un total de 826 son extranjeras y de ellas el 13,6% son rumanas. En cuanto a la distribución según género de población rumana el porcentaje es el 50% para hombres y el 50% para mujeres.

Estas 112 personas presentan, según el análisis realizado, un uso no adecuado de los recursos sanitarios y desconocimiento de ellos, así como una inadecuada alimentación y prácticas sexuales de riesgo para la salud. Uno de los resultados claros donde se ha podido comprobar la transcendencia de estas prácticas poco saludables relacionadas con la alimentación es el detrimento de la calidad y la esperanza de vida de estas personas. Del mismo modo, se aprecia un aumento de los embarazos no deseados entre menores adolescentes.

Por todo lo dicho, es necesario realizar una propuesta de intervención sociosanitaria promovida por el propio Centro de Salud de este municipio y dirigida hacia la comunidad rumana que dé respuesta a las necesidades planteadas.

Además, las desigualdades en las que se encuentra esta comunidad, tanto de salud como de otros ámbitos como la vivienda, los recursos económicos o el empleo, abocan a situaciones de exclusión social. Incluso se pueden encontrar a algunas personas de esta comunidad que ejercen la mendicidad como manera de obtener algún ingreso económico que permita su supervivencia.

Junto con lo citado anteriormente, hay que señalar que la diversidad lingüística, étnica y cultural de estas personas añaden complejidad a los procesos y que en ocasiones se convierten en barreras para la incorporación sociosanitaria u otro tipo de incorporaciones como la laboral.

4.2.2 Recursos sociales de Ansoáin

Ansoáin cuenta con una serie de recursos a disposición de la población de dicho municipio. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra (ADEMNA)
- Asociación de jubilados y pensionistas Ezkaba
- Asociación de la región de Ghana Kumasi Asanti
- Asociación de mujeres dinámicas. A través de esta asociación se organizan cursos y talleres, conferencias, visitas y viajes culturales, adaptando los horarios según las actividades a realizar. También, participan en las reuniones sobre el Pacto de Conciliación del Ayuntamiento de Ansoáin, Comisión de Fiestas y en todas las programadas por el Servicio de Igualdad. A la vez que forman parte de la Coordinadora de Organizaciones de Mujeres y/o Feministas.
- Asociación de vecinos San Cosme y San Damián
- Asociación grupo ecologista y cultural Betilore

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

- Cáritas Ansoáin. En el municipio de Ansoáin todos los miércoles a las 10:00 a través de Cáritas, se desarrolla un banco de alimentos, para ofrecer alimentación a aquellas familias más necesitadas.
- Solidaridad directa
- Casa de la juventud – Harrobi. Es un recurso municipal dirigido por la entidad privada, Pauma S.L que está destinado a aquellas personas que se encuentren entre 12 y 30 años. En el centro se ofrecen diversos servicios como:
 - Cesiones de salas, existen dos tipos:
 - Cesiones de un día para desarrollar alguna actividad puntual.
 - Cesiones trimestrales durante 3 meses, en las cuales se desarrollan 2 horas por semana en una misma sala con un día y hora concreta.

En estas salas se desarrollan actividades para los jóvenes que se encuentren en el tramo de edad destacado anteriormente.

Además de estos servicios la casa de la juventud cuenta con otra serie de recursos como:

- Apoyo a la iniciativa del colectivo juvenil
- Área de encuentros y juegos
- Cursos
-

La Casa de la Juventud de Ansoáin, se encuentra ubicada en la siguiente dirección: Calle Ezkaba 4 c.p. 31013 Ansoáin (NAVARRA) y cuenta con un teléfono y un correo electrónico a su disposición: 948 14 23 52 casajuventud@Ansoain.es (Ayuntamiento de Ansoáin, 2015).

4.2.3. Población beneficiaria

La población beneficiaria de la propuesta de intervención es la comunidad rumana empadronada en Ansoáin, puesto que presenta una serie de necesidades y problemáticas expuestas con anterioridad que se encuentran sin cubrir. Entre otras se destacan el desconocimiento de los recursos sanitarios, su acceso y utilización; los hábitos alimenticios inadecuados; las prácticas sexuales de riesgo para la salud; o desconocimiento del idioma castellano y de las culturas del nuevo entorno.

Además de conocer los datos cuantitativos de la población rumana empadronada en la localidad de Ansoáin, detallados en el apartado anterior, conviene mostrar la evolución de la población extranjera en Ansoáin y la población rumana de 1996 a 2014.

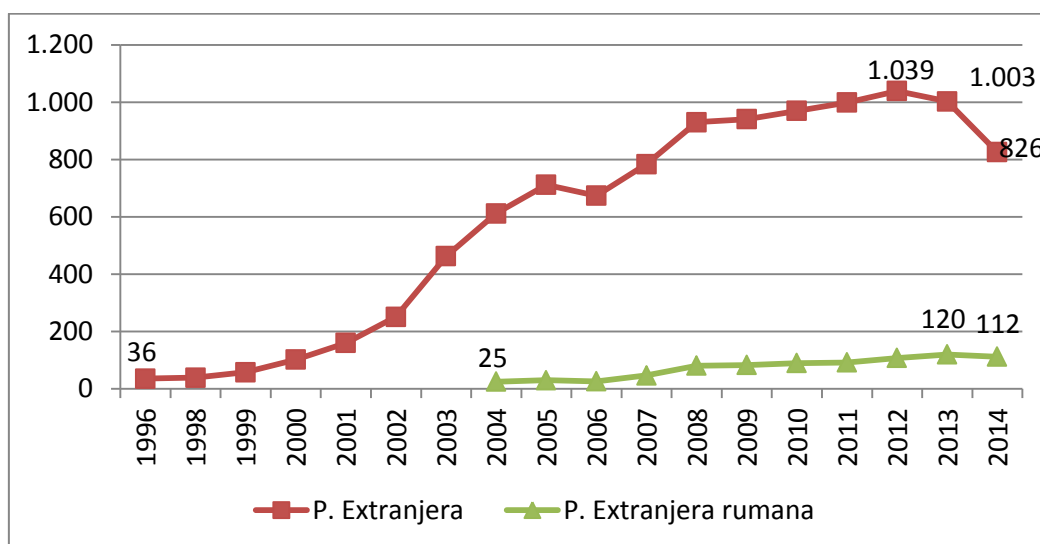


Figura 7. Evolución de la población extranjera total y población rumana en Ansoáin de 1996 a 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

En la figura se aprecia un descenso de la población extranjera empadronada que se debe, por un lado, a la nacionalización española de personas extranjeras y, por otro, al desplazamiento de esta población hacia otros municipios o incluso al retorno a sus países de origen. Probablemente por la situación de crisis económica que afecta a España desde el año 2007 hasta la actualidad. En la población rumana este descenso es prácticamente inapreciable con 8 personas menos en 2014 con respecto al año anterior.

En la siguiente figura se muestra la diferencia entre la población extranjera rumana y aquella que ha nacido en Rumanía. Es decir, dentro de la población extranjera rumana que compone el municipio, parte de la misma no ha nacido en Rumanía, pero es el país de origen de sus ascendientes. La nacionalidad de estas personas nacidas en España de ascendientes rumanos es la rumana y por eso constan como personas extranjeras rumanas.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

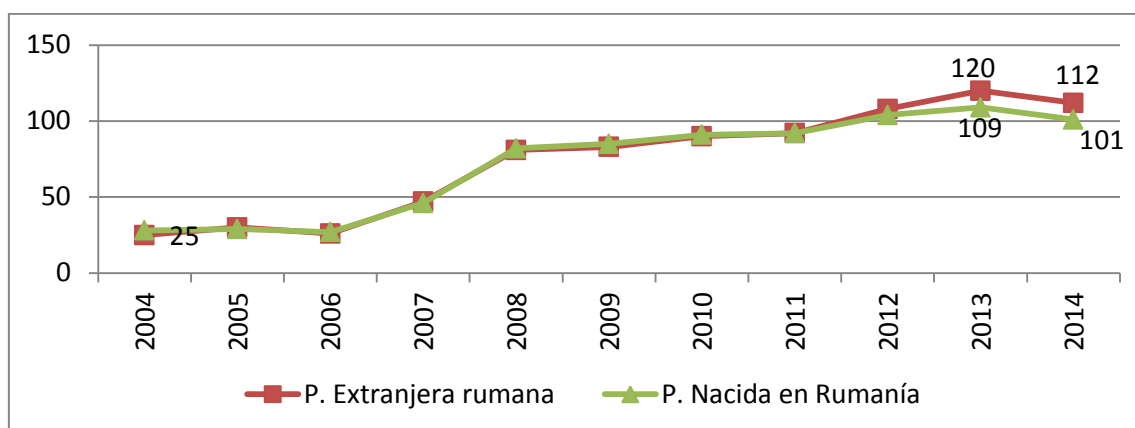


Figura 8. Población extranjera rumana y nacida en Rumanía. Ansoáin 2004-2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (2014).

Es decir, del total de 112 personas extranjeras rumanas empadronadas en 2014, 101 han nacido en Rumanía y 11 en España u en otro país, pero no han adquirido la nacionalidad de sus lugares de nacimiento ya que Rumanía reconoce a los niños y niñas que nacen fuera de su territorio nacional y, por tanto, se trata de población extranjera rumana.

En conclusión, la población beneficiaria de la propuesta de intervención que se presenta es la población inmigrada rumana residente en el municipio de Ansoáin.

4.2.4. Ubicación

La propuesta de intervención que se presenta se ubica en el Centro de Salud de Ansoáin y se dirige a la población rumana, por las necesidades específicas de la propia comunidad.

Aunque el Centro de Salud está ubicado desde hace años en el municipio, en el año 2008 se construyó un nuevo edificio situado en la Plaza Euskalherria, s/n. Desde aquí los y las distintas profesionales atienden a un total de 10.083 (según los últimos datos del año 2010), de los cuales 2.190 corresponden a pediatría.

La plantilla que compone el centro está constituida por:

- Trabajadora Social
- Enfermeras o enfermeros
- Médicas o médicos

- Pediatras
- Auxiliar administrativo
- Medicina de familia

En otra parte del Centro, se ubica el de Salud Mental donde acude población de Ansoáin, Rochapea y Chantrea.

Respecto al Centro de Salud, su edificio está constituido por tres plantas distintas. La planta baja se utiliza como área asistencial de Atención Primaria, donde se ubica: cancela, vestíbulo de entrada, área de admisión y administración, 21 consultas de ellas (6 de medicina, 3 de pediatría, 9 de enfermería, despacho de la trabajadora social, 1 sala de urgencias, 1 sala de extracciones y 1 polivalente) además de su respectiva zona de espera.

En la primera planta del centro se ubica el Centro de Salud mental y el área interna para los y las profesionales de Atención Primaria y Salud Mental. Y por último, en la tercera planta se encuentran las instalaciones generales del edificio.

El desarrollo del proyecto desde aquí ha hecho posible rentabilizar los recursos con los que cuenta en el centro y trabajar en red junto con el equipo que forma la Atención Primaria de Salud.

En este caso, como la propuesta de intervención, estará ubicada dentro de Atención Primaria de salud, es importante contextualizar el concepto de Atención Primaria, que según Martín y Jodar (2011), la definen como: *“parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”* (p.3).

Los Centros de Salud están ubicados dentro de Atención primaria de salud y en ellos se encuentran los distintos profesionales. En palabras de Larumbe (2013), entre ellos y ellas, está la trabajadora o el trabajador Social, que *“será la persona encargada de establecer la coordinación sociosanitaria entre los servicios de protección social y educativos, las instituciones y el centro sanitario”* (p.2)

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Entre sus servicios, la profesional cuenta con una cartera de servicios dirigidos a: información, orientación y tramitación de prestaciones a través de las distintas acciones señaladas según Larumbe (2013, p.3):

- *“Acogida y recepción de la demanda”.*
- *“Información, orientación y derivación al recursos adecuado”.*
- *“Tramitación prestaciones sanitarias y/o sociales”.*
- *“Tramitación accesos Asistencia Sanitaria L.F. 8/2013”* (la cual recoge a las personas que residen en Navarra, el derecho a la asistencia sanitaria gratuita del Sistema Público).
- *“Información sobre derechos y deberes del paciente y el correcto uso del Sistema Sanitario y del acceso al mismo”.*

El Centro de Salud de Ansoáin no cuenta con un programa específico para trabajar con población rumana. La propuesta que se ha presentado se ubica dentro de los servicios de prevención y promoción de la salud, ya que, está dirigido a la promoción sanitaria de la comunidad rumana residente en Ansoáin. Entre las funciones de la Trabajadora Social se encontrarían las siguientes:

- *“Participación junto con el resto del equipo de Atención Primaria respecto a las actividades comunitarias programadas”.*
- *“Promoción de hábitos saludable a nivel individual, grupal y comunitario”.*
- *“Trabajo en red”.*
- *“Trabajo Social Comunitario con otros instituciones o colectivo de la zona”.*
- *“Detección precoz e intervención con colectivos en situación de vulnerabilidad social o desarraigo en la zona básica”.* (Larumbe, 2013, p.20)

4.3. Objetivos

Objetivo general

- Fomentar la calidad de vida de la comunidad rumana residente en Ansoáin, haciendo especial hincapié en las áreas de salud, educación y sexualidad, de cara a una mejora de la prevención de enfermedades y cuidados sanitarios, potenciando así alcanzar unos niveles óptimos de salud.

Objetivos específicos

- Conocer su cultura, hábitos y costumbres para poder enfocar de manera más integral sus prácticas alimenticias, posibilitando así un conocimiento de cara a una adecuada intervención y abordaje de las necesidades.
- Concienciar sobre la importancia de los cuidados sanitarios, para prevenir las enfermedades y posibilitar un adecuado desarrollo de los y las menores, además de una mejora salud de las personas adultas fomentando la adquisición de hábitos alimenticios adecuados.
- Diseñar pautas y actividades hacia la prevención de enfermedades para favorecer los cuidados sanitarios, posibilitando la participación e interés del colectivo de personas rumanas, de manera que se tenga en cuenta su cultura, pero se recalque la importancia de una alimentación variada y equilibrada.
- Ofrecer a las familias un espacio para compartir sus dudas, inquietudes, donde a la vez esa dinámica haga posible que se favorezca el contacto con los y las profesionales del ámbito sanitario y con las familias del colectivo rumano.
- Intervenir coordinadamente con los distintos profesionales existentes dentro del ámbito sanitario (enfermeras y trabajadora social), y familias del colectivo rumano para una adecuada detección de aquellos casos relacionados con la salud que requieran de atención u intervención por parte de las y los profesionales.
- Generar un espacio en el que la población rumana pueda conocer el Sistema Sanitario, su funcionamiento, las vías de acceso y los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada que forman parte del mismo.
- Favorecer el conocimiento mutuo entre el colectivo rumano y los y las profesionales de salud, para poder entender así las distintas concepciones de la salud y poder mejorar en la utilización de los recursos sanitarios.
- Trabajar a través de la profesional de ginecología los distintos métodos anticonceptivos que existen para el uso en las relaciones sexuales, como prevención de enfermedades infectocontagiosas y embarazos prematuros.

- Promover la importancia del cuidado de los y las menores junto con el seguimiento médico establecido, para un adecuado desarrollo físico, psicológico y social del colectivo infantil.

4.4. Actividades

Las actividades a desarrollar con la comunidad rumana se estarán dirigidas a tres áreas concretas: salud, educación y sexualidad. Dado que desde Ansoáin se ha detectado la necesidad de trabajar en esas tres áreas, teniendo en cuenta que pueden aparecer otro tipo de necesidades que no hayan sido detectadas de manera específica y se puedan trabajar más adelante con el grupo. Además de las áreas que se van a trabajar con la población, también se trabajará de manera coordinada y directa con los distintos profesionales que componen el Centro de Salud de Ansoáin, especialmente con pediatras, ginecólogas y trabajadora social, y en este caso también la mediadora intercultural de ANAFE. Trabajar de manera coordinada hace posible realizar un trabajo más eficaz y de calidad, además de ello, a través de la coordinación, es posible trabajar las necesidades que pueden detectar los y las profesionales y permite poder contrastar la información con el resto del equipo.

Antes de comenzar a desarrollar las distintas actividades que se van a trabajar con la población, es necesario hacer referencia a aquellas vinculadas con la divulgación y detección, que serán primordialmente necesarias para la captación de dicho colectivo.

Divulgación

Cuando se hace referencia a divulgar información, se está haciendo alusión a cómo se va a transmitir o cómo se va a desarrollar la información de los talleres, para que la comunidad rumana conozca la puesta en marcha de ellos. Es decir, cómo se va a informar a la comunidad rumana sobre la existencia de estos talleres. A través de esta comunicación, podrán conocer los distintos talleres que se van a organizar, y conocer el lugar, el horario y a quién van dirigidos.

Para realizar de manera adecuada esta actividad, será necesario utilizar varias herramientas que ayudarán a la divulgación. Dentro de ellas estarán:

- **Carteles.** Para ello, se diseñará un cartel informativo dirigido a las familias rumanas donde se destallarán de manera esquemática, qué se va a desarrollar en el Centro de Salud de Ansoáin. En él, se reflejarán los días y el horario de dichos talleres. Para ello, el cartel estará traducido en el idioma de ellos y ellas “*limba română*”, para facilitar en la medida de lo posible su comprensión. También, junto con la escritura, también se tendrá en cuenta que el cartel esté elaborado a través de dibujos, ya que, es una población que presenta dificultades de lectoescritura, de tal manera que, será lo más adaptado posible hacia esta comunidad.

A continuación, se presenta el cartel que se colocará por las distintas zonas del municipio de Ansoáin:

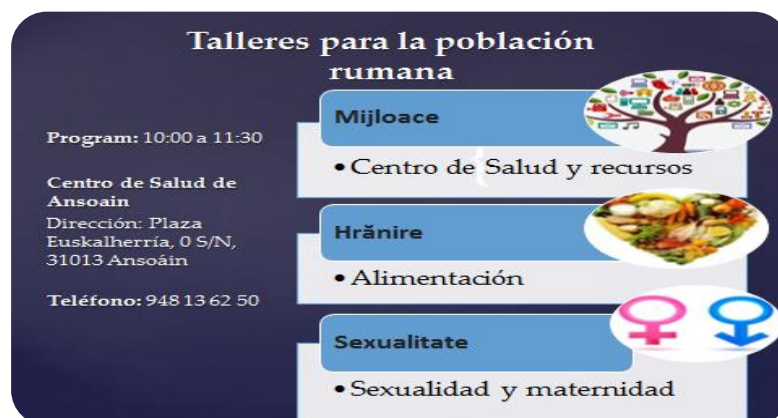


Figura 9. Cartel de divulgación de los talleres.

Fuente: Elaboración propia

- **Cáritas.** Uno de los recursos con los que se puede contar como apoyo para divulgar la información, es el banco de alimentos que se realiza en la parroquia de Ansoáin. Este recurso lo gestiona Cáritas parroquial a través de varios voluntarios y voluntarias, que acuden los miércoles para repartir alimentos a la población.

El servicio está dirigido a aquellas personas que carecen o que cuentan con escasos alimentos, por una falta de recursos económicos. A través de este medio, sería posible que los y las profesionales que acuden los miércoles a la parroquia, transmitiesen la información a la comunidad rumana que atienden, ya que, según los datos recibidos por la trabajadora social del Centro de Salud,

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

es un número elevado el que acude. Por lo que, mediante el banco de alimentos serían un buen medio también para poder facilitar o difundir la información de los talleres.

- Revista de Ansoáin (Ze berri?). Otro de los medios o recursos con los que puede contar Ansoáin, es la revista intermunicipal que se utiliza para transmitir información como por ejemplo: de talleres, de becas para el aprendizaje del euskera... Es decir, donde se reflejan aquellos temas o recursos de interés para la ciudadanía de Ansoáin. A través de ella, teniendo en cuenta la adaptación del idioma para la comprensión de la población, sería posible desarrollar un pequeño apartado dirigido al colectivo, donde se informe de estas sesiones o talleres.

Detección

Además de la divulgación de los distintos talleres, es necesario detectar y contactar con la comunidad que presenta este tipo de necesidades, para poder dirigirles hacia las actividades que se van a desarrollar desde el Centro de Salud.

Cuando se destaca la detección, se está haciendo alusión a qué personas específicamente presentan las necesidades que han sido detectadas para elaborar esta propuesta.

- Profesionales. Uno de los principales recursos que se tiene en cuenta para detectar a la comunidad que se encuentra en esta situación de necesidad es el propio Centro de Salud, con los y las profesionales del mismo. Desde aquí, tanto pediatras, ginecólogas, trabajadora social, etc., han atendido a la población rumana en alguna determinada ocasión, y desde el centro, ha sido posible detectar estas necesidades. Además, es posible poder acceder a sus datos telefónicos para poder ponerse en contacto con ellos y ellas, lo que facilitaría aún más la transmisión de la información.

Para ello, una de las vías sería ponerse en contacto de manera telefónica con la comunidad rumana, para informarle de la existencia de estos talleres que se van a poner en marcha, además de hacerlo también de manera directa, transmitiéndoles la información a aquellas personas que tengan concertadas

consultas o a las citas con cualquiera de los y las profesionales del Centro de Salud.

- Colegios (orientadores). Otro de los medios para la captación de las personas es contar con la colaboración de los colegios. A través de la contribución de los o las orientadoras con los casos de población rumana que haya podido detectar una de las necesidades que se plantean en la propuesta de intervención será posible realizar la derivación de estas familias a los talleres que se van a desarrollar.

Tanto la divulgación como la detección de las personas será fundamental para poder captar al grupo de población rumana. Realizarlo de una manera adecuada y en colaboración con los distintos recursos, facilitará la captación de este colectivo y de esta manera, permitirá tener localizada a la comunidad rumana con las necesidades expuestas anteriormente.

El horario de los talleres, se establecerá de 10:00 a 11:30, teniendo la posibilidad de adaptarlos en caso de que la comunidad presente alguna dificultad. Las actividades estarán dirigidas hacia los siguientes temas:

- **Funcionamiento, utilización y acceso del Sistema Sanitario.**
- **Hábitos saludables** (dirigidos en dos líneas):
 - **Conocimiento de adecuados hábitos alimenticios.**
 - **Prevención de embarazos prematuros y enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual.**

Para poder trabajar las actividades planteadas, será necesario poder contar con un equipo de profesionales del Centro de Salud de Ansoáin, que será detallado más adelante.

Entre ellos y ellas, para poder trabajar el Conocimiento del Sistema Sanitario estará la trabajadora social, que será la persona que ha desarrollado la propuesta de intervención y se encargará de transmitir al colectivo de personas rumanas esa primera parte de cómo funciona el Centro de Salud, cómo se accede al sistema y cuáles son los recursos que ofrece.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

A través de la siguiente tabla, se presentan los distintos contenidos de cada uno de los talleres que se van a desarrollar, durante las cuatro semanas de duración de los mismos.

Tabla 6. Organización semanal

SEMANAS	
1ª semana. Sistema de salud y sus recursos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué es un centro de salud ▪ Quién y cómo se puede acceder ▪ Qué es la Atención Primaria y Atención Especializada ▪ Legislación Foral en materia de salud para el colectivo inmigrante. Tener en cuenta que si se marchan de Navarra, puede que no tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita. ▪ Qué recursos existen
2ª semana. Hábitos alimenticios.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos sobre la esperanza de vida con una inadecuada y adecuada alimentación. ▪ Qué entiende el colectivo por una alimentación equilibrada. Cómo es la alimentación según su cultura de origen. ▪ Qué considera la comunidad rumana conveniente de ingerir en la alimentación del día a día. ▪ Descripción de aquellos alimentos adecuados para una alimentación

	<p>variada y equilibrada por las profesionales de pediatría y enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia de las cantidades de comida a ingerir en el desayuno, comida y cena desarrolladas por las profesionales de pediatría y enfermería. ▪ Por qué es importante no ingerir alimentos con altas cantidades de grasas saturadas, especialmente importante en los y las menores. ▪ Cómo disminuir el riesgo de sufrir enfermedades derivadas de alimentaciones inadecuadas. ▪ Conocimiento de los distintos tipos de alimentación que ingiere esta comunidad. ▪ Importancia de la alimentación en los menores recién nacidos. ▪ Finalización del taller con una sesión para aquellas conclusiones, dudas que puedan surgir y conocimiento de si ha sido importante o interesante para ellos estas sesiones sobre hábitos alimenticios.
3ª semana. Hábitos saludables relacionados con prácticas y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué entiende la comunidad rumana como prevención en las

sexuales.	<p>relaciones sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuáles son los métodos anticonceptivos que están desarrollados en su cultura y si hacen uso de ellos. ▪ Conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos como prevención de las distintas enfermedades infectocontagiosas que pueden llegar a desarrollarse, además del conocimiento de estas. Todo ello, mostrado por la profesional de ginecología. ▪ Importancia de los métodos anticonceptivos como prevención de los embarazos prematuros en menores de edad. ▪ Desarrollar la importancia del cuidado del menor, qué hacer, dónde acudir si tiene algún problema de salud, seguimiento de las citas de pediatría, etc. Se desarrollará a través de la profesional de ginecología y pediatría. ▪ Conocimiento del cuidado de los menores, que acaban realizando muchas de las abuelas.
4ª semana. Sesión de evaluación y	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de evaluación y

cierre.	dudas.
---------	--------

1ª semana

Antes de comenzar con los distintos talleres, se hará una pequeña presentación del equipo profesional que va a tomar parte en estas dinámicas y se detallarán de manera breve los objetivos que se han planteado y por qué se ha decidido que sería adecuado reunirse con la comunidad rumana. Hay que tener en cuenta, que es una comunidad que presenta dificultades de lectoescritura con lo cual los talleres deben de ser adecuados a ellos y ellas.

Asimismo, se especificarán las distintas sesiones que se han planteado durante las semanas que va a desarrollarse el proyecto y el horario del mismo. Todo ello, se realizará, a través de la traducción que irá realizando la mediadora intercultural de la Fundación ANAFE durante todas estas sesiones que se van a desarrollar, para que el colectivo pueda entender de manera adecuada lo que se está transmitiendo. Y, a la vez, para que las profesionales que imparten los talleres puedan entender lo que transmiten los y las participantes.

A continuación, se comenzará a hablar de lo que es en España el Sistema de Salud y cuáles son los derechos específicos de la población extranjera y de la comunidad rumana. Además de los apartados desarrollados en la tabla anterior.

A medida que se vayan desarrollando los aspectos se podrá atender a aquellas dudas o inquietudes que vayan presentando durante la explicación. De tal manera que se vaya realizando un debate y una participación de las personas participantes. En caso de no ser así, tras finalizar, se realizará una sesión donde trabajar las dudas e inquietudes que hayan ido surgiendo.

2ª semana

En la segunda sesión, se trabajarán los hábitos alimenticios por parte de las profesionales de pediatría y enfermería encargadas de impartir el taller. En ella, se

contextualizará la importancia de una adecuada alimentación variada y equilibrada como mejora de la calidad de vida y la salud.

También será necesario contar con la participación de la comunidad rumana para conocer cómo es su alimentación. Para ello se establecerá una sesión en la que se introducirá un cartel con distintas imágenes de alimentos para poder visualizarlo a medida que se va detallando una explicación acerca de ellos.

A continuación, se recalcará las consecuencias que puedan derivarse de una inadecuada alimentación cuando se toman otro tipo de alimentos que contienen elevadas grasas saturadas. En esta sesión fundamentalmente se trabajarán los alimentos que son importantes para una adecuada salud y una mejora de la calidad de vida. Además se trabajará qué alimentos repercuten para un empeoramiento de la salud y cuáles son los adecuados, principalmente también para los y las menores de edad.

Por ello, el esquema que se seguirá durante esta sesión será el establecido en la tabla anterior, teniendo en cuenta, que siempre pueden surgir modificaciones dependiendo de las necesidades que plantee el grupo.

3ª semana

Para finalizar, se establecerá el tercer taller dirigido a hábitos saludables en relación a prácticas y relaciones sexuales. En él se trabajarán los puntos que han sido diseñados en la tabla anterior.

4ª semana

Tras finalizar con las sesiones de los talleres se realizará una sesión de cierre, para aquellas dudas o sugerencias que puedan surgir. Además de ello, también se desarrollará una sesión de evaluación a través del cuestionario que se ha realizado para el colectivo. Para ello, el documento ha sido traducido al idioma rumano con el fin de facilitar de esta manera su lectura. Además, se tiene en cuenta que las y los participantes pueden presentar alguna dificultad en cuanto a la lectoescritura y por ello se ha realizado el cuestionario de manera breve y resumida para que sea lo más

adaptado posible. Si existieran dificultades para rellenarlo, la mediadora intercultural estará a su disposición para poder ayudarles.

Junto con los talleres presentados anteriormente, señalar que se trabajará a través de dibujos o pegatinas que faciliten las sesiones mediante, la visualización del mismo, facilitando de esta manera que las explicaciones estén más adaptadas.

4.5. Metodología

Según el diccionario de la RAE (2014), la palabra metodología tiene el siguiente significado: *“Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica o en una exposición doctrinal”*.

Es por ello que, etimológicamente método es un camino hacia algo, donde se quiere alcanzar un fin.

A través del método, se quiere iniciar el estudio del objeto, mediante los objetivos que han sido diseñados, además de profundizar y generalizar los conocimientos que hayan sido adquiridos a través de la experiencia práctica. Dentro de los medios que hayamos diseñado, estos deben de ser acordes a los fines que queremos alcanzar puesto que, de no ser así, el resultado no será el esperado o adecuado.

Al plantear los fines y los objetivos de la propuesta de intervención, hay que tener en cuenta una cuestión muy relevante y es la diversidad cultural. Diversidad que debe ser atendida desde el respeto y el conocimiento de la cultura. En este caso, contamos con una comunidad inmigrada rumana que posee una diversidad étnica y cultural en su propio país.

Para poder trabajar con una comunidad específica, es necesario tener el conocimiento de las culturas de origen de las personas. Para ello, es fundamental que haya un acercamiento y un entendimiento entre las partes y que se favorezca el intercambio. De no ser así, resulta inviable una propuesta de intervención como la que se plantea. Para ello, es relevante contar con la participación de estas personas, desde una perspectiva comunitaria y teniendo en cuenta siempre a la persona como núcleo principal.

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

Este tipo de metodología recoge los fundamentos de la intervención comunitaria y participativa.

La metodología comunitaria es aquella que cuenta con la colaboración y el apoyo de una comunidad concreta, como es este caso de la comunidad rumana. Mediante su participación, hace posible trabajar con una comunidad concreta.

Según el autor Ander Egg, (1990) *“La Investigación-Acción Participativa supone la simultaneidad del proceso de cocer de intervenir, e implica la participación de la misma gente involucrada en el programa de estudio y acción”* (p. 99).

La metodología participativa es el medio que hace posible la reflexión por parte de los profesionales y el colectivo, donde se desarrollan o se manifiestan las necesidades y demandas específicas, de un grupo o colectivo, que permite reflexionar y desarrollar las acciones necesarias para poder paliar o mejorar la situación.

Asimismo, no nos podemos olvidar en ninguno de los casos que estamos hablando de trabajar con un grupo específico de personas y que sin la participación de este colectivo no sería viable el desarrollo de esta propuesta de intervención. En concreto, se trabajará con madres y padres de la comunidad rumana, donde se tendrán en cuenta las áreas de educación, salud y sexualidad, que serán abordadas a través de talleres donde participarán los distintos profesionales y la comunidad.

En el 2006 entre las Recomendaciones del Consejo de Europa para los Estados miembros está la de crear *“las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que hayan de educar niños tengan acceso a los recursos adecuados (materiales, psicológicos, sociales y culturales) y que las actitudes y los patrones sociales más extendidos se adapten a las necesidades de las familias con hijos y a las necesidades de padres y madres”*. (Santibañez y otros, 2013, p.79)

Tal y como señala el Consejo de Europa, lo que se pretende es que los padres y madres sean conscientes de los derechos de los menores y que todas las necesidades sean cubiertas de una manera adecuada, con una previa adaptación también a las que los padres y madres puedan tener.

Es por ello, que la educación parental grupal se convierte en un recurso psicoeducativo y comunitario muy útil para el desarrollo de este tipo de programas de prevención y promoción ya que se adapta a familias muy diversas. Según Santibañez y otros (2013):

“La educación parental grupal persigue los siguientes objetivos básicos:

- *Fomentar en los padres el cambio en sus concepciones sobre el desarrollo y la educación que respaldan sus actuaciones en la vida diaria.*
- *Promover un amplio repertorio de pautas educativas adecuadas que vayan remplazando las inadecuadas.*
- *Mejorar y reformar la percepción y satisfacción del rol parental.*
- *Fomentar un funcionamiento autónomo y responsable en el afrontamiento de la vida familiar y de sus relaciones con el entorno.*
- *Mejorar el apoyo social a la familia y el uso de los recursos municipales” (p. 80).*

Al hilo de lo referente a la participación de la comunidad y los y las profesionales, es de especial envergadura recalcar la importancia del trabajo en red con los distintos profesionales. Siguiendo la línea argumental de Ballester y Colom (2012) el trabajo en red es:

“el trabajo sistemático de colaboración y complementación entre los recursos locales de un ámbito territorial; es más que la coordinación, ya que se trata de una articulación comunitaria, es decir, colaborar de forma estable y sistemática para evitar duplicidades, competencia entre los recursos, descoordinación, al mismo tiempo que se pretende lograr el trabajo conjunto y en conjunto” (p. 225).

El trabajo en red se ha considerado una herramienta fundamental en todos los espacios, ya que facilita la intervención y, junto con la coordinación de otros servicios, Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

los resultados pueden llegar a ser más satisfactorios para la persona. En este caso, trabajar en red en la propuesta de intervención planteada es de gran transcendencia, puesto que es un trabajo conjunto con un equipo de profesionales formados en un área específica, ginecología, pediatría y salud, donde trabajar conjuntamente puede ser beneficioso para futuras intervenciones con la comunidad. Ya que permite conocer la cultura o culturas de referencia del grupo con el que se va a trabajar y permite también influir en la manera de trabajar de los y las profesionales que a veces puede no ser la más adecuada por un desconocimiento de dicha comunidad. Además de ello, trabajar en red supone rentabilizar todos los recursos de la zona, lo cual además de realizar más factible la coordinación de los y las profesionales del centro, también posibilita poder usar todos los recursos con lo que cuenta el centro, tanto humanos como materiales.

A modo de conclusión, señalar que junto con la metodología participativa y el trabajo en red lo que se quiere conseguir es aproximarse y conocer la cultura o culturas de la comunidad rumana, desde el respeto y la participación, como trabajar las necesidades que se han podido detectar y otras que pueda plantear el colectivo. Trabajar de manera que se haga participe a la comunidad de personas rumanas, hace posible conocerles y contar con ellos y ellas para que conozcan también a los y las profesionales. Esto supone crear un clima de confianza y de respeto, que posibilita una mejora para futuras intervenciones con esta comunidad y que hace reflexionar a los y las profesionales sobre cómo trabajar con el colectivo.

Para desarrollar esta metodología participativa es imprescindible trabajar en grupo con la comunidad rumana, y la realización de talleres es una interesante manera de poder conseguirlo.

Entre las distintas definiciones de Trabajo Social con grupos conviene destacar la siguiente:

“El trabajo social de grupo es un método de trabajo social que tiene múltiples aplicaciones. El sentido y el valor del trabajo de grupo radica en la relación que establecen los miembros entre sí dentro del grupo, y en la situación de grupo en sí misma, que actúa como

“contexto y medio de ayuda” para el individuo y para el propio grupo

(Vinter, 1967, citado en Roseell, 1998, p.103).

Dentro de Trabajo Social con grupos, son diversos los tipos de grupo que puede existir. Para ello, Rossell (1998) afirma que existen cuatro tipos de grupos: *“Grupos de apoyo emocional, ayuda mutua, socio-terapéuticos, socioeducativos y acción social”* (p.112-113).

En este caso nos centraremos en el grupo de tipo **socioeducativo**, el cual en palabras de Rossell (1998) *“se dirigen al desarrollo, adquisición de hábitos, comportamientos y funciones, que por distintas causas, no forman parte del repertorio comportamental de los miembros del grupo”* (p.112). Este grupo es el más adecuado para trabajar las actividades planteadas, puesto que se dirige a la adquisición de unos hábitos o comportamientos determinados, como por ejemplo: establecer unos hábitos alimenticios saludables para una adecuada alimentación de la comunidad rumana. Además de ello, durante las sesiones, para trabajar en grupo, se tendrá en cuenta la colaboración de las distintas profesionales del Centro de Salud:

- **Pediatría.** Permitirá trabajar pautas alimenticias que proporcionen una alimentación variada y equilibrada. Además de conocer sus hábitos, costumbres en su cultura o culturas de origen.
- **Ginecología.** Será la persona especialista en aquellos ámbitos vinculados con la sexualidad; métodos anticonceptivos, prácticas sexuales sin riesgos para la salud o prevención de embarazos no deseados.
- **Mediación intercultural.** Esta figura profesional será fundamental para poder facilitar la traducción e interpretación de mensajes que hará posible llevar a cabo una intervención eficaz, de calidad y sin ningún tipo de dificultad por la diferencia de idiomas.
- **Trabajo Social.** Esta persona será la encargada de poner en marcha y dirigir la propuesta de intervención en el Centro de Salud, junto con el apoyo de los y las demás profesionales.

En este caso, la mediadora intercultural no será trabajadora del Centro de Salud, sino que se contactará con ella a través de la Fundación ANAFE donde trabaja. Por ello, la Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

trabajadora social del Centro de Salud será la persona encargada en ponerse en contacto con ella para solicitar su colaboración y conocer su disponibilidad.

4.6. Organización (cronograma, temporalización, recursos...)

El proyecto se establecerá en el Centro de Salud de Ansoáin, desde donde ha sido diseñado, elaborado e impulsado. Por ello, se accederá a través de este medio a los distintos talleres que se organizan para la comunidad.

La captación de los y las participantes se realizará a través del propio Centro de Salud. Las y los profesionales de pediatría, ginecología o enfermería se encargarán de divulgar entre los y las pacientes rumanas los talleres que se han organizado para esta población. Además de realizarlo de manera directa con sus pacientes que acudan a las citas, también se divulgará a través de carteles que se ubicarán por el municipio, para que la comunidad rumana pueda visualizarlo y llegue la información.

Además de todo lo anterior, se contará con el apoyo de la mediadora intercultural, la cual también se pondrá en contacto telefónico la población y, en rumano, les informará sobre los talleres y animará a participar en los mismos.

Tabla 7. Cronograma

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Divulgación a través de: carteles, profesionales, y telefónicamente										
Diseño y organización de los talleres con los y las profesionales										
Reuniones de los y las profesionales										
Taller para el conocimiento del Centro de Salud y sus recursos										
Taller para los hábitos saludables: alimenticios										
Taller para trabajar los hábitos saludables: relaciones sexuales										
Sesión para trabajar otra serie de necesidades que puedan salir en el grupo										
Cierre del taller y evaluación										

A través del cronograma presentado se muestra la duración del proyecto que estará diseñado para una permanencia de 8 semanas, es decir, 2 meses. Durante el transcurso de los talleres será necesario poder realizar una buena captación y divulgación de estos talleres, para poder conseguir que el número de familias rumanas que asistan sean lo mayor posible, de tal manera que cuantas más personas estén, más enriquecedor podrá resultar el grupo.

Temporalización

Aunque el cronograma está establecido tal y como se muestra en el cuadro anterior, podrá realizarse una modificación o adaptación según el ritmo y las necesidades que plantee el grupo, ya que pueden surgir otra serie de necesidades a abordar.

El horario fundamentalmente estará establecido por la mañana, ya que posibilitará que en caso de tener cargas familiares el colectivo tenga de esa manera mayor disponibilidad para poder venir a los talleres. El horario se establecerá de 10:00 a 11:30 de la mañana, aunque con una cierta flexibilidad, ya que se podrá adaptar el horario en base a las necesidades que pueda plantear el grupo.

Recursos (materiales y humanos)

En cuanto a los recursos materiales serán necesarios una serie de materiales para los talleres:

- Pizarra
- Pegatinas
- Rotulador para pizarra
- Ordenador
- Disponibilidad de la sala en el Centro de Salud para la realización de los talleres.
- Sillas

Asimismo, serán necesarios recursos humanos, para desarrollar los distintos talleres que están planteados en áreas de: salud (a través del conocimiento del Sistema Sanitario), educación (respecto a unos adecuados hábitos alimenticios, y sexualidad (en base a las relaciones sexuales adecuadas para prevenir los embarazos prematuros):

Para ello, será necesario contar con profesionales especializados y especializadas en cada área, en concreto con pediatras, enfermeras y ginecólogas para tratar los hábitos

alimenticios y la sexualidad. Y paralelamente con la mediadora intercultural que facilitará la comunicación en las sesiones gracias a la traducción de los mensajes a ambas partes. Además de ello, durante el desarrollo de los distintos talleres, la trabajadora social estará presente, ya que será la que guíe los talleres y haga la presentación de los mismos, así como la profesional de referencia, tanto para la comunidad rumana como para el equipo de profesionales participantes. Se encargará también de presentar a este equipo que será el encargado de impartir los talleres. Por ello, los recursos humanos que serán necesarios son:

- 1 profesional de pediatría
- 1 profesional de enfermería
- 1 profesional de ginecología
- 1 profesional de trabajo social
- 1 mediadora intercultural rumana

Respecto a los y las profesionales, es de gran relevancia destacar que aunque todos y todas son trabajadoras del Centro de Salud de Ansoáin, será de necesario en el caso de la mediadora intercultural, ponerse en contacto con ella para poder conocer su disponibilidad durante el desarrollo de los talleres. Para ello, la trabajadora social será la encargada de ponerse en contacto con ella a través del teléfono de la Fundación ANAFE.

Más adelante, se concretará una cita con la profesional y se le detallará en qué consiste el proyecto, además de especificar los días que se necesita su participación y colaboración, que principalmente sería durante el desarrollo de los distintos talleres. En caso de necesitar su colaboración para la divulgación de los talleres a través del teléfono, también se le comentaría si fuese necesario.

4.7. Presupuesto

En cuanto al presupuesto por el coste de recursos humanos y materiales hay que señalar que el hecho de rentabilizar los distintos recursos hace posible también abaratar el coste del presupuesto. En el caso de los recursos materiales, en principio se contaría con los que tiene el propio Centro de Salud, por lo que a menos que hiciesen

falta pegatinas no sería necesario costear el material ya que, en principio estaría a disposición del centro.

Respecto a los recursos humanos, el profesional con el que se contaría estaría en el propio Centro de Salud, por lo que tampoco implicaría ningún coste económico. En cuanto a la mediadora intercultural e origen rumano, se contaría con la colaboración de la profesional que ejerce su labor de mediadora en la Fundación ANAFE. En este caso se ha considerado que esta persona sería adecuada, ya que tiene experiencia en otras sesiones o proyectos que se han llevado a cabo con este colectivo en otros municipios, y el hecho de que ella sea de origen rumano pueda favorecer los encuentros con la comunidad.

Para poder contactar con esta persona, será necesario comunicarle previamente los horarios y los días planteados para los talleres, para poder conocer su disposición.

En cuanto al tema de la contratación, el servicio de Mediación lingüística e Intercultural en Navarra es gestionado por la Fundación ANAFE en un 70% y por Cruz Roja en un 30%, y financiado por el Gobierno de Navarra por lo que no supone ningún coste económico para la propuesta de intervención planteada.

Junto con todo esto, señalar que en principio estos talleres no supondrían ningún coste económico, a excepción del material de los carteles y la publicación en la revista, por lo que, de momento se plantearía ningún tipo de financiación respecto a los y las profesionales, ya que se contaría con las que tiene el centro y con la mediadora intercultural de la Fundación ANAFE que está financiado.

En el caso de los carteles y la publicación de la revista, teniendo en cuenta el coste que conlleva la impresión de los carteles y la divulgación a través del municipio se calculará un coste aproximado de 50 carteles a color.

- 50 carteles a color: 75€
- 4 cajas de pegatinas: 10€
- 2 rotuladores: 1,74€

TOTAL: 86,74€

El coste total de los materiales alcanzarían un total de 86,74€, principalmente por el coste de los carteles para la divulgación.

Para la publicación de la revista, sería necesario ponerse en contacto con ellos y ellas para transmitirles el interés de publicar un cartel en la revista, durante dos semanas previas al comienzo de los talleres.

4.8. Evaluación

Para realizar la evaluación de los distintos talleres que se van a desarrollar en el Centro de Salud de Ansoáin, se va a realizar a través de un cuestionario anónimo que se entregará a aquellas personas que acudan a los talleres. Dicho documento será entregado tras finalizar los talleres, para que los y las participantes los rellenen.

Teniendo en cuenta que la comunidad con la que se va a trabajar habla rumano, se tendrá en cuenta a la hora de realizar el cuestionario. Los cuestionarios de evaluación de los y las participantes estarán escritos en rumano, mientras los de las y los profesionales estarán en castellano. En los anexos v, vi y vii se muestran los distintos cuestionarios de evaluación que serán utilizados.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

A continuación se exponen las principales conclusiones que se extraen de la investigación realizada en el presente Trabajo Fin de Grado, que incluye un marco teórico acerca de las migraciones humanas, y en concreto de la llegada y residencia de la comunidad rumana al municipio de Ansoáin; el papel del Trabajo Social en el ámbito sanitario con estas personas; las normativas en vigor sobre esta materia; y la necesidad de la mediación intercultural entre partes distanciadas étnica y culturalmente. Además, propone una propuesta de intervención sociosanitaria con esta población en coordinación con profesionales de la salud y de la mediación intercultural.

- Rumanía se sitúa como primer país con mayor número de población inmigrada empadronada España, con el 14% respecto del total de población inmigrada. Le sigue Marruecos con el 12,4% y Reino Unido con el 5,6%. En total, la población inmigrada representa el 10,7% del total de población. Este dato varía si se toma como referencia a la Comunidad Foral de Navarra, y concretamente Ansoáin. Respecto a Navarra, la población inmigrada es ligeramente inferior al del resto del Estado y se sitúa en el 9,3% del total. Según origen, el primer país representado es Marruecos con el 14% del total de población inmigrada, al que le sigue Rumanía con el 11,4% y Bulgaria con el 10,2%. No obstante, esta circunstancia es diferente en la localidad de Ansoáin ya que la población inmigrada rumana tiene una mayor representación y supone el 13,6% del total de la población inmigrada. Además es una población que ha aumentado considerablemente en los últimos años, a pesar de que se ha producido un ligero descenso en 2014 con respecto a 2013. En conclusión, la población rumana tiene una presencia significativa en el municipio de Ansoáin con una evolución ascendente durante los últimos años.
- La salud es un derecho fundamental de todo ser humano, que debe de ser atendida por las y los profesionales del ámbito sanitario con el fin de prevenir y paliar las enfermedades detectadas y desarrollar un adecuado bienestar físico y mental. Del mismo modo, la promoción de la salud de las personas es clave en

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

su bienestar sanitario. En este sentido es importante destacar que la población inmigrada en situación jurídico-administrativa irregular carece del derecho a la asistencia sanitaria gratuita como cualquier ciudadana o ciudadano español. Esta medida queda contemplada en el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. A través de esta medida se exceptúan a las personas extranjeras que tengan una enfermedad grave o accidente, a las mujeres embarazadas, tanto en el periodo de gestación como en el parto y postparto; y a los y las menores de dieciocho años (BOE nº 98 p. 31286). No obstante, en algunas comunidades autónomas debido a la transferencia de competencias en materia de salud se ha reconocido el derecho a esta asistencia sanitaria gratuita a personas extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular, como es el caso de Navarra.

- Una de las funciones del Trabajo Social sanitario se dirige hacia la atención a personas usuarias en los Centros de Salud de Atención Primaria. Entre las personas que atienden se encuentran poblaciones que provienen de otros países. Se trata de personas inmigradas que necesitan orientación y apoyo, tanto en el conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, como en la normativa de extranjería relacionada con el acceso al propio sistema. Además, requieren asesoramiento sobre cuáles son sus derechos, con qué recursos cuentan y cómo puedan acceder a prestaciones, entre otras cuestiones. Por ello, es necesario plantear propuestas de intervención que ayuden a estas personas en sus procesos vitales.
- La atención a la población inmigrada en general y a la población rumana en particular supone un reto importante para los y las profesionales del Trabajo Social. Por ello se plantea una propuesta de intervención sociosanitaria que dé respuesta a las necesidades detectadas por profesionales del Trabajo Social sanitario. En concreto, y según los resultados del análisis y de las conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas profesionales, la población rumana presenta:

- Desconocimiento de los recursos y servicios sanitarios; tanto de su acceso como de su funcionamiento.
 - Hábitos alimenticios inadecuados.
 - Desconocimiento del idioma castellano y de las culturas del nuevo entorno de residencia.
 - Prácticas sexuales de riesgo para la salud, sobre todo en edades muy tempranas.

- Según Wagstaff (2002), las desigualdades en salud tienen su origen factores socioeconómicos, comunitarios o familiares, entre otros. En este sentido, se afirma que la población rumana residente en Ansoáin tiene desigualdad en salud debido a las precarias condiciones de vida, a los marcos de referencia culturales diferentes, ya que en ocasiones la diversidad se convierte en desventaja y desigualdad; y al desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios. Siguiendo la línea argumental de Wagstaff (2002) aquellos países más empobrecidos y con menos recursos tanto económicos, como sociales, muestran una mayor debilidad o riesgo a enfermar antes. Ello también implica que la salud de estas comunidades sea más delicada o débil. En conclusión, los países más empobrecidos muestran peores niveles de salud por causas como la falta de recursos económicos, la carencia de apoyo social, la escasez de asistencia sanitaria, desnutrición en muchos casos, o una no adecuada alimentación. Se ha podido comprobar que las condiciones en las que vive esta comunidad no están siendo adecuadas, puesto que, muchos de ellos y ellas carecen de ingresos económicos o cualquier tipo de prestación económica, por no llegar a cumplir los dos años de empadronamiento en el municipio. Esta situación, está provocando que muchas de estas familias residan en condiciones muy precarias para poder subsistir día a día, en cuanto a su alimentación o alojamiento.

- Además de lo señalado anteriormente, el desarrollar inadecuadas prácticas alimenticias por parte de la comunidad rumana en Ansoáin, puede provocar el riesgo de padecer o sufrir algún tipo de enfermedad, principalmente

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

cardiovasculares, por el alto contenido de grasa y bollería que ingiere la población. En el municipio no existe ningún protocolo de actuación en salud para la comunidad rumana y la situación detectada y la diversidad expuesta hacen plantear la necesidad de un protocolo específico para paliar estos problemas. En esta dirección, es fundamental diseñar acciones que contemplen la figura de una mediadora o mediador intercultural de origen rumana para favorecer la comunicación y el entendimiento, no solo de lo que se dice sino de su sentido más profundo según las culturas de origen.

- La propuesta de intervención sociosanitaria que se presenta parte de un enfoque intercultural que favorezca la comunicación y el entendimiento entre los y las protagonistas de la acción cuyos marcos de referencia lingüísticos, étnicos y culturales son diversos. Se trata de la propia comunidad rumana y el conjunto de profesionales sanitarios que intervienen con ella. De manera específica se apunta que el Trabajo Social con estas comunidades debe ser intercultural, entendiendo como tal *“las interacciones, intercambios, que se producen en contextos multiculturales y que permiten influirse mutuamente a través de la comunicación entre personas de orígenes diversos”* (Bermúdez, Prats y Uribe, p. 2).
- Así, la integración como proceso de adaptación mutua tiene sentido. Se trata de un trabajo entre las dos partes, de acercamiento hacia los servicios y recursos sanitarios existentes por parte de la población inmigrada, a la vez que se informa y orienta a los y las profesionales sobre las características específicas de esta comunidad para que sea atendida según las necesidades que plantea dicha población. Es necesario trabajar con esta comunidad, dado que, hay una serie de carencias o aspectos que requieren trabajar con este colectivo, entre ellas, las necesidades detectadas que han sido citadas con anterioridad.

- Por todo lo expuesto, concluyo e insisto en la necesidad de elaborar una propuesta de intervención sociosanitaria con la población inmigrada rumana residente en Ansoáin, que dé respuesta a las necesidades detectadas y que favorezca la incorporación sociosanitaria de esta comunidad desde el respecto a la diversidad.

REFERENCIAS

- ANDER EGG, E. (1990). Definición de Investigación-Acción participativa. P.99. [Disponible en (29/05/2015): <https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/06/tema-metodologias-participativas.pdf>]
- AYUNTAMIENTO DE ANSOÁIN. 2015. Organizaciones y asociaciones. [Disponible en (22/05/2015): <http://www.Ansoain.es/>]
- BALLESTER, L. y COLOM, A. (2012) Intervención sistémica en familias y en organizaciones socioeducativas. P. 225. Universidad de las Islas Baleares. Octaedro.
- BERMÚDEZ, K., PRATS, G. Y URIBE, E. (2000). La mediación intercultural: un puente para el diálogo. Barcelona: Desenvolupament Comunitari.
- COHEN-EMERIQUE, M. (2013). Por un enfoque intercultural en la intervención social. Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa, 54, pp. 11-38. [Disponible en (29/03/2015): <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/267189/369030>]
- COLOM, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada Teoría y práctica. P.155. Madrid. Siglo XXI editores de España S.A.
- CONSEJO GENERAL DE TRABAJO SOCIAL. (2014). Consejo General de Trabajo Social. Madrid: Consejo del Trabajo Social. [Disponible en (01/06/2015): <http://www.trabajosocial.or.cr/documentos/Documentos%20FITS.pdf>]
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978), artículo 43. Boletín Oficial del Estado. [Disponible en (09/03/2015): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>]
- CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). P.1. Definición Salud. [Disponible en (30/05/2015): http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf]
- DÍAZ, B. (1997). Del acercamiento a la acción: Promoción de la Salud entre los/as inmigrantes Extranjeros/as. P.8. Bilbao. Editorial Fundación EDE.
- ESPAÑA (2000). Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, 11 de enero de 2000, 10, pp. 1139-1150 y modificaciones.

- ESPAÑA (2007). Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Boletín Oficial del Estado, 28 de febrero de 2007, 51, pp. 8558- 8566, y modificaciones.
- ESPAÑA (2011). Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, que regula dicha Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y sus modificaciones. Boletín Oficial del Estado, 30 de abril de 2011, 103, pp. 43821-44006, y modificaciones.
- ESPAÑA (2012). Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 abril, de urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 20 de abril de 2012, 98, pp. 31278-31286.
- ESTEBAN, M.L. Y DÍAZ, B. (1997), La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco, Bilbao. Editorial fundación EDE.
- FUNDACIÓN ANAFE-CITE (2008). La intervención social con poblaciones inmigradas, Manual para profesionales de Servicios Sociales. Departamento de Asuntos Sociales Familia, Juventud y Deporte del Gobierno de Navarra. Pamplona.
- GIMÉNEZ, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural, Migraciones nº 2: 125-159, p.192. Instituto Universitario de Estudios sobre migraciones, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- GITANO, (2008) los roma/ gitanos en Rumania nº10: El Globo. [Disponible en (09/03/2015): https://www.gitanos.org/upload/05/37/45_46Dossier.pdf]
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014). Cifras de Población a 1 de julio de 2014 Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2014. Datos provisionales. [Disponible en (29/03/2015): <http://www.ine.es/prensa/np884.pdf>]
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014). Proyección de la población de España 2014-2064. Madrid. [Disponible en (29/03/2015): <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>]
- LARUMBE, A. (2013). Cartera de Servicios de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, pp. 2-20. Material inédito conferencia junio 2013. Pamplona.
- MACIAS, L. A. (2008). La emigración de la minoría étnica gitana de Rumanía hacia España: factores condicionantes de las migraciones internacionales. M. Laparra y A. Izquierdo (dir.). Tesis doctoral, Universidad Pública de Navarra.
- Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

- MALGESINI, G. Y GIMÉNEZ, C. (1997). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. P. 204. La cueva del oso. Madrid.
- MARTÍN, A., JODAR, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Barcelona. P.3. Editorial: Elsevier. [Disponible en (29/05/2015): <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>]
- MICOLTA, L.A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. P.60. Universidad Nacional de Colombia. [Disponible en (22/05/2015): dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391739.pdf]
- MONTIEL DE LA TORRE, I., STASI CAROLINA, P., TABARES IGLESIAS, R., MAGNONI, F. (2009). El Trabajo Social en Servicios de Salud. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias. Madrid. Editorial CEP S.L.
- NAVARRA (2010). Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y Deberes de las personas en materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 15 de noviembre de 2010, 139, pp. 5-13.
- NAVARRA (2013). Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del Sistema Público Sanitario de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 4 de marzo de 2013, 43, pp. 3-5.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). Sistemas de salud: principios para una atención integrada. P. 117. Definición del Sistema Sanitario. [Disponible en (30/05/2015): <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf?ua=1>]
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2014). Definición metodología. [Disponible en: (29/05/2015): <http://lema.rae.es/drae/?val=metodolog%C3%ADa>]
- ROSELL, P.T. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. p.103-112. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en (30/05/2015): <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9898110103A/8222>]
- SALA DE PRENSA. (2010). Inauguración del nuevo Centro de Salud de Ansoáin. Disponible en (22/05/2015): http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2010/06/17/sanz+inaugura+centro+salud+Ansoáin.htm]

- SALUD Y COMUNIDAD GITANA. 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. [Disponible en (26/05/2015):
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/saludComGitana.pdf>]
- SAN MARTÍN, H. (1982). Trabajo Social en Servicios de Salud. Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias. p.13. Editorial CEP S.L. Madrid.
- SANTIBAÑEZ, R. Y MARTÍNEZ, A. (2013). Intervención Comunitaria con adolescentes y familias en riesgo. P.79-80. Recomendación del Consejo de Europa. GRAÓ, de IRIF, S.L. Barcelona.
- SETIÉN, M.L. (2001). El Trabajo Social en los proyectos de intervención con inmigrantes. P. 45. Universidad de Deusto. Bilbao.
- TORRES, V. (31/03/2015). Dos años y medio fuera del sistema. El País. Madrid. [Disponible en (22/5/2015):
http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427790431_734557.html]
- VILLARREAL, F. (2008), los roma/ gitanos en Rumania nº10: El Globo. Madrid.
- WAGSTAFF, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. [Disponible en (22/5/2015): <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10717.pdf>]

ANEXOS

Anexo I. Guiones de las entrevistas realizadas.

- **Trabajadora Social del Centro de Salud de Ansoáin.**
 - ¿Se ha realizado algún proyecto sobre la promoción sanitaria dentro del colectivo rumano?
 - ¿Cuáles son las principales necesidades que se han podido destacar dentro de este colectivo?
 - En el caso de haber realizado algún proyecto con este colectivo ¿En qué consiste el proyecto? Cuáles han sido los principales resultados? las conclusiones?
 - ¿Crees que su concepción de salud y/o enfermedad es diferente al nuestro? Argumenta la respuesta. ¿Cómo utilizan el sistema sanitario? ¿Con qué frecuencia? ¿Existe un abuso del servicio de urgencias? ¿Cómo y en qué afecta su diferente marco de referencia cultural? ¿Genera alguna dificultad en la atención sociosanitaria, por ejemplo idioma, roles familiares, concepción de la salud, procedimientos de curación...?
 - ¿Dentro del colectivo quién hace más uso del sistema sanitario, las mujeres o los hombres?
 - ¿Qué seguimiento se ha podido detectar desde pediatría y adultos?
 - ¿Dentro del colectivo se podido destacar que es una población que ejerce mendicidad? ¿Cuántas familias aproximadamente pueden ejercer mendicidad?
 - ¿Cómo ha podido influir la mendicidad en este colectivo en especial en la salud?
 - ¿Dentro del colectivo se han detectado roles específicos dentro de la familia? ¿Cuáles? ¿Embarazos prematuros o no deseados? ¿Desnutrición? ¿Problemas de salud recurrentes?
 - ¿Qué aspectos se podrían trabajar con este colectivo? Si pudiera realizar un proyecto de promoción de la salud para población inmigrada con el fin de cubrir sus principales necesidades, ¿cómo lo plantearía? ¿Con qué objetivos y principales actividades? ¿Y si es población rumana de etnia gitana?

▪ **Trabajadora Social del Centro de Salud de la Milagrosa.**

- ¿Tras el proyecto llevado a cabo en el barrio de la milagrosa con la población rumana cuál era la demanda o necesidad que se identificó?
- ¿En la realización de este programa qué objetivos se tuvieron en cuenta?
- ¿Por qué se decidió poner en marcha un programa dirigido hacia el colectivo de personas rumanas en la milagrosa?
- ¿Qué metodología se tuvo en cuenta a la hora de abordar esta práctica? ¿Cómo se realizó la programación?
- ¿Cuándo se hizo el proyecto?
- ¿Quiénes formaron parte en el programa que se puso en marcha?
- ¿Qué tipo de colectivo y de qué edad se tuvo en cuenta a la hora de poner en marcha el programa? hombres, mujeres, menores...
- ¿Cómo se consiguió contactar con el colectivo para que formasen parte del programa?
- ¿Con qué presupuesto se contaba?
- ¿Con qué recursos materiales y humanos?
- ¿Cuáles fueron los resultados positivos y negativos que se obtuvieron?
- ¿Habría algún aspecto para mejorar?
- ¿Cómo valoraron los usuarios y usuarias la experiencia? ¿Y los y las profesionales?
- ¿Qué carencias se han encontrado? ¿Se ha encontrado alguna otra demanda específica que se podría abordar?
- ¿Consideras que esta experiencia o similar a estar se podría llevar a cabo en otros barrios o localidades?

▪ **Mediadora intercultural de la Fundación ANAFE.**

- ¿En qué consiste la labor de una mediadora intercultural con personas inmigradas?
- ¿Es de utilidad la mediación en el colectivo de personas inmigradas? ¿En qué sentido?
- ¿Por qué es importante realizar mediación intercultural comunitaria?

- ¿Cuál ha sido tu experiencia de trabajo de mediación intercultural comunitaria en el ámbito de la intervención sociosanitaria?
- ¿Qué experiencias existen en este ámbito?
- ¿En estas experiencias que carencias has detectado? ¿Qué dificultades, potencialidades...?
- ¿Si se llevase a cabo algún proyecto con la población rumana paya y gitana crees que es importante incorporar la figura de la mediadora?
- ¿Qué experiencias tienes en este ámbito y con el colectivo de personas de origen rumano?
- ¿En qué favorece la mediación a ambas partes (población rumana y autóctona)? ¿Y en un proyecto de intervención concreto, cómo se van a ver beneficiadas ambas?

Anexo II. Entrevista a la trabajadora social del Centro de Salud de Ansoáin.

Para la realización del Trabajo Fin de Grado dentro del ámbito sanitario, realizo la siguiente entrevista a la Trabajadora Social del Centro de Salud de Ansoáin en base al colectivo de la población rumana, el cual, me interesa investigar dadas las necesidades que he podido ver en el ámbito sanitario tras la realización de mis prácticas en una Unidad de Barrio. Para la entrevista tendré en cuenta las siguientes preguntas:

- **¿Se ha realizado algún proyecto sobre la promoción sanitaria dentro del colectivo rumano?**

- No, a nivel de salud en Ansoáin concretamente no se ha hecho nada, pero hay un grupo en Ansoáin de Cáritas, la parroquia de Cáritas de Ansoáin, sí que tiene un taller donde participan mujeres de toda...

Entonces, hay un grupo, un taller de la parroquia de Cáritas donde va gente derivada por Servicios Sociales en algún momento puedo derivar yo y donde sí que es verdad que participa tanto población inmigrante, como minoría étnica... Creo que también hay algo de población rumana, no es específico para esa parte, pero sí que intentan trabajar dentro del taller temas de hábitos saludables, alimentación... y eso es lo único que puede haber pero específico para ellos no.

- **2. ¿Cuáles son las principales necesidades que se han podido destacar dentro de este colectivo?**

- Pues yo un poco, claro faltaría tener datos más concretos, pero lo que yo observo tanto de lo que me dicen sobre todo pediatras y lo que he visto de la población que me ha tocado a mí atender, sobre todo en el tema de alimentación y de hábitos, es una población con unos estilos de vida, igual estoy partiendo un poco prejuicios y habría que estudiarlo más, pero parece ser como unos hábitos alimenticios inadecuados. Quizás parecidos a la población de minoría étnica gitana, de tomar mucha grasa, mucha bollería, con los niños pocos límites en ese sentido, entonces hay mucha obesidad, sí que se ha detectado entre la población infantil rumana problemas de obesidad. También entre población adulta pero ya empiezan desde muy pequeños y como que no responden a los modelos establecidos aquí de la educación para la salud, desde

enfermería y pediatría se les da una serie de consejos pero parece que no llegan por lo menos la manera como yo también creo eh, la manera en la que se hace para mí no es la adecuada tampoco. Entonces eso sí que se ha detectado y también sí que es verdad que tampoco es un población que bueno yo no recibo tampoco mucha gente, eh me toca atenderles a veces con las tarjetas sanitarias cuando se vienen a dar de alta. Intento a veces según qué casos ir más allá, porque igual hay menores, no están escolarizados, un poco esquivos. Tampoco consigo que vengan a las siguientes citas, ni entablar conectar así con ellos... Entonces...

- **3. En el caso de haber realizado algún proyecto con este colectivo ¿En qué consiste el proyecto? Cuáles han sido los principales resultados? las conclusiones?**
- **4. ¿Crees que su concepción de salud y/o enfermedad es diferente al nuestro? Argumenta la respuesta. ¿Cómo utilizan el sistema sanitario? ¿Con qué frecuencia? ¿Existe un abuso del servicio de urgencias? ¿Cómo y en qué afecta su diferente marco de referencia cultural? ¿Genera alguna dificultad en la atención sociosanitaria, por ejemplo idioma, roles familiares, concepción de la salud, procedimientos de curación...?**
- Sin que sea afirmación, no conozco, me faltaría a mi mucha información, pero probablemente sí, más que un concepto diferente, no dan tanta importancia a cosas que nosotros damos. Por ejemplo en el tema de la alimentación no son conscientes del peligro que puede suponer el tema de la obesidad desde pequeños, quizás les parezcamos pues exagerados, pero bueno, me faltaría también ahí, información yo creo.

Quizás en Sarriguren puede haber mucha población gitano portuguesa, pero rumanos aquí en Ansoáin hay bastantes.

Pues, lo tendría que preguntar con pediatría, no me parece que sea una población llamada hiperfrecuentadora, más bien al contrario cuando lo necesitan vienen y a veces en ese sentido como decías antes, el concepto de la urgencia que ellos tienen no es el que tenemos aquí, y hay veces que si ellos consideran que hoy le tienes que ver, le tienes que ver, pero luego lo que son las citas periódicas establecidas, los seguimientos, no vienen ni tampoco son

muy demandantes dos, más bien de lo que yo he conocido esquivos. Yo he intentado a veces volver a citar a familias para seguir hablando les he dicho oye ya vendrás cuando resuelvas estos a ver que... y no han vuelto.

No, aquí no lo hemos detectado.

Hombre, yo creo que sí, sí que afecta, porque yo creo que a la hora de comunicar sobre todo con pediatra, con enfermería de pediatría yo creo que los mensajes no les calan, no les llegan y yo creo que los profesionales aquí a veces son poblaciones con las que también se parte con la base de que quizás hay cosas que no van a hacer, no van a entender y quizás también es recíproco. Pero sí, yo creo que a veces no sienten cercanía, yo sobre todo lo veo con el tema de la alimentación pues cuando se les dice, no es que tienes que desayunar esto... pues bueno, yo creo que eso no es la manera, y que habría que trabajar más a nivel de grupos, con mediadores, como se ha hecho un tiempo igual con minoría étnica, con gente, con agentes de su misma cultura. Yo creo que sí que haría falta.

- Hombre, ha habido, sí, sí que, depende no, hay de todo, pero sí que ha habido temporadas en las que de repente han aparecidos familias rumanas, donde ningún miembro hablaba castellano, venían acompañados de una persona que hacía de traductor y esta persona venía un poco como queriendo limitar mucho la intervención a la demanda que en ese momento expresaba que era tarjeta sanitaria y punto y no permitiendo que nos acercásemos a las personas que le acompañaban no, y sí que hemos tenido a veces va por temporadas pero por grupos de familias grandes que les acompaña un mediador no nos aclaran ni cómo viven, ni de que viven. No podemos entrar ahí y claro eso sí que afecta bastante, sí que alguna ocasión ha habido problema de salud y hemos tenido dificultad en llegar.
- **5. ¿Dentro del colectivo quién hace más uso del sistema sanitario, las mujeres o los hombres?**
- La población rumana no te sabría decir, pero yo creo que han venido por igual. A mí personalmente cuando me ha tocado que vinieran han venido siempre ellas acompañadas de sus parejas. Yo los casos que he tenido la verdad es que sí, venían acompañados.

- **6. ¿Qué seguimiento se ha podido detectar desde pediatría y adultos?**
- **7. ¿Dentro del colectivo se podido destacar que es una población que ejerce mendicidad? ¿Cuántas familias aproximadamente pueden ejercer mendicidad?**
- **Sospechas sí**, yo estando en salud sobre todo cuando de repente vienen un montón por ejemplo una pareja con hijos acompañados de esta persona que algunas veces han venido y no te aclaran de que viven, no reúnen requisitos para acceder a las ayudas de Servicios Sociales entonces no te explicas muy bien de que viven y ese oscurantismo un poco pues sí que nos hace sospechar que se puedan estar dedicando a mendicidad. Sí, sí nos cuesta a veces a veces intentamos cruzar datos con el Servicio Social de base y coordinarnos y a veces vemos que han dado direcciones diferentes en un servicio y en otro. Que no llegamos, la verdad es que no llegamos a ellos salvo familias ya que llevan más tiempo, y se mueven bastante además. Hay mucho movimiento. Yo no sabría cuantificar, quizás sería interesante hablar con el Servicio Social de Base del ayuntamiento porque ellos bueno, como sí que tienen la posibilidad de tramitar prestaciones y de acceso al padrón supongo que tendrán más información.
- **8. ¿Cómo ha podido influir la mendicidad en este colectivo en especial en la salud?**
- Hombre yo creo que hay muchísimo primero porque bueno pues entendiendo por salud en su sentido más integral y más amplio desde sistema de absentismo escolar, los menores que aunque sabemos que está prohibido y hay un cierto control pero se sigue dando. Desde luego, aunque sea solo por el frío, están sometidos realmente a situaciones poco saludables seguro. También da la impresión de esas pequeñas mafias donde puede haber personas que en contra de su voluntad estén siendo obligadas, sobre todo mujeres y niños que se ven obligados a ejercer mendicidad y no les permiten hacer un proceso formativo, bueno pues abrirse y dedicarse a otras cosas si eso al final pues sí que perjudica. Pero es verdad que no es una población que no esté viniendo mucho con patologías a nivel de salud, habría que ver en urgencias hospitalarias, pero no parece, quizás lo estén sufriendo ellos solos, pero no están trasladándolo aquí.

- **9. ¿Dentro del colectivo se han detectado roles específicos dentro de la familia? ¿Cuáles? ¿Embarazos prematuros o no deseados? ¿Desnutrición? ¿Problemas de salud recurrentes?**
- Joe, es que yo ahí sí que me costaría hablar porque no he llegado a tener. Claro desde el centro de salud como Trabajadora Social con este colectivo la intervención se ha limitado mucho a las tarjetas sanitarias y poco más. Ha podido haber una o dos familias con las que he podido tener más contacto, pero es una excepción y no sé quizás sí que un poco, claro porque las familias que yo he conocido también es minoría étnica rumana entonces sí que se reproduce la mujeres es quien se ocupa primordialmente de los menores, de la casa... en ese sentido pues bueno un machismo importante, pero también situaciones de violencia de género de los pocos casos que hemos conocido se dan. Pero tampoco podría decir con una base. Ahí una vez más los Servicios Sociales tienen más conocimiento.
- **¿Algún embarazo prematuro no deseado?**
- Sí, eso sí. Parece que es bastante frecuente, de inicio de relaciones pronto, emparejamientos muy pronto, parece que muchas veces forzados. Eso sí ha pasado bastante, incluso en otras zonas, porque las Trabajadoras Sociales de primaria que nos coordinamos sí que más de una vez se comentan casos, donde se ha necesitado apoyo para chicas jóvenes con embarazos no deseados.
- **¿Y desnutrición?**
- Desnutrición no se ha detectado, quizá las familias que tenemos aquí en Ansoáin que estén más establecidas, un problema más de malos hábitos que perjudican y al final hay obesidad porque comen muy mal, mucha bollería, no comen verdura, no... entonces se come muy mal y desnutrición yo diría que no, aquí en Ansoáin sí que funciona bien el banco de alimento, un día a la semana caritas parroquial distribuye alimentos a las familias que derivamos del centro de salud y servicios sociales a mí si las pediatras detectan desnutrición me van a avisar y no ha habido prácticamente casos.
- **¿Algún problema de salud recurrente?**
- A parte de los que son los propios de estos casos como puede ser la obesidad en adultos, problemas vasculares, los relacionados, diabetes, obesidad, temas

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

cardiacos, temas también respiratorios porque quizá los hábitos del tabaco... en ese sentido sí, quizás yo creo que esos serían los más importantes. Ha habido también, quizás también es llamativo, las pocas familias con las que yo he tenido más intervención también hay problemática de salud mental. Quizás también influenciada por situaciones de exclusión o riesgo de exclusión, de precariedad laboral, de vivienda... y al final todo eso sí que afecta a la salud y a la salud mental también. Y la verdad es que sí, sí que ha habido también problemas de adaptación para llegar a aquí e igual es casualidad pero sí que es llamativo, hay tres familias con las que me ha tocado más y las tres en todas hay un miembro con problemática de salud mental grave y en dos de ellos de esos tres muy relacionado con el problema de adaptación a las condiciones de aquí y los estilos de vida.

- **10. ¿Qué aspectos se podrían trabajar con este colectivo? Si pudiera realizar un proyecto de promoción de la salud para población inmigrada con el fin de cubrir sus principales necesidades, ¿cómo lo plantearía? ¿Con qué objetivos y principales actividades? ¿Y si es población rumana de etnia gitana?**
- Sería súper interesante yo creo algún programa comunitario, trabajo en grupo para fomentar hábitos saludables, bueno pues también, el tema escolar. Yo creo que hay también un fracaso escolar importante, entonces el apoyo también a evitar el abandono temprano de la escuela, desde luego necesidades formativas... quizás sí, sería muy interesante eso, poder llegar primero a conectar a nivel grupal y quizás hasta sería interesante y podría funcionar bien el tema que se intentó con minoría étnica gitana y ha dado buenos resultados el tema de agentes comunitarios de salud, el intentar crear agentes comunitarios y mediadores para tener un mayor acercamiento.

Claro, primero haría falta un poco hacer un buen diagnóstico, es decir, llegar a conocer bien, yo creo que nos falta conocimiento de esta población igual hay muchos clichés y muchos prejuicios probablemente eh, porque se ven mucho en la calle, mendicidad... pero habría que ver realmente de la población rumana que hay cuanta se dedica a esto y porque, la otra parte de la población que está más establecida bueno que diferencias puede haber entre una y otra, claro tener datos mejores de los que te he podido dar de frecuentación... pero yo

creo que lo primero pues sí, una vez hecho un buen diagnóstico de la población que hay, hablar mucho con los colegios para también confirmar el tema del abandono escolar que parece que sí. Pero yo empezaría sí por crear el tema de los agentes, hacer un trabajo de acercamiento, yo creo que sesiones grupales en los centros de salud sería muy interesante, que ellos vean esto no a la defensiva, que somos inspectores, sino como un recurso que pueden utilizar para que les sirva de ayuda. Entonces yo creo que sí que sería ofrecer sesiones grupales, un poco al principio informativas para tomar contacto y que pierdan el miedo, y luego ya en la medida que se vayan conociendo más ir viendo necesidades.

Claro, quizás yo a la población que me estoy refiriendo mucho sin querer es esta, porque es la que más me ha tocado entonces ahí una vez más sería el acercamiento, quizás, una buena manera de que ellos quieran acercarse y venir a hacer sesiones para ofrecerles información acerca de cómo se funciona, desde lo que se puede ofrecer desde los servicios públicos y de lo que ellos entonces pueden hacer, bueno yo lo mismo que te he dicho antes, porque básicamente la población que me ha tocado ha sido rumana pero de etnia gitana. Claro sí que es verdad, que luego hay diferencias con otra población rumana de otras zonas, que igual esta ni nos, bueno ni me llega a mí en concreto de Servicios Sociales.

- **11. Las personas inmigradas ¿tienen acceso a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas?**
- Bueno, no claro, a raíz de todos los cambios legislativos, ahí ha habido un recorte importante. Hoy por hoy la ley estatal no les da derecho a las personas inmigrantes en situación ilegal no les da derecho a la asistencia estatal. En Navarra está ahora mismo en vigor la ley foral que sí que permite desde el 2013 asistencia sanitaria a cualquier persona inmigrante sea cual sea su situación legal, si no tiene papeles la asistencia sanitaria en Navarra en las mismas condiciones que cualquier otro vecino en Navarra, pero solo en Navarra. En el caso de la población rumana un problema muy muy importante que estamos teniendo es que ellos son Europeos, entonces en principio lo que se les exige es que como Europeos tienen derecho a tener la tarjeta sanitaria europea y por lo

tanto todos los derechos como los españoles, pero así como los alemanes, los belgas, los españoles, vienen a nuestro país y tienen ya hecha la tarjeta europea y si no la tienen piden la documentación, es verdad que esta población rumana pues quizás por un funcionamiento que tienen, yo me refiero más a la de minoría étnica eh llegan sin ningún papel, no tienen los dnis, no tienen nada. Entonces cuando llegan aquí y la Seguridad Sociales les pide la documentación que piden a cualquier europeo, no pueden presentar nada. También a mí me da la impresión que en el caso de los rumanos se está pidiendo documentación difícil de conseguir, porque claro no es lo mismo, a veces les piden cosas que en Francia un francés las puede obtener, pero en Rumanía es más complicado obtener, les cuesta mucho dinero, entonces sí que me llegan muchas familias que me dicen mira aunque soy europeo y tendría derecho me están negando la asistencia. Entonces es verdad que son los únicos europeos a los que les estamos tramitando muy frecuentemente la Ley Foral. Porque al final siendo europeos no se les da asistencia a nivel estatal, porque no están presentando la documentación que es necesaria y yo creo que es por todo una parte hay que ellos igual como pasa igual más antes aquí con la minoría étnica a veces no tenían en regla los papeles, pero también hay otra parte que es que aunque traigan los papeles les piden pues por ejemplo unos certificados que aseguren que en su país no tienen asistencia, bueno pues eso en Rumanía debe de ser carísimo y super complicado de obtener. Hay gente que vive en pueblos, claro la población que viene aquí es gente de zonas rurales, muy aisladas, que viven situaciones de mucha pobreza allá en su país, entonces una vez aquí les cuesta conseguir esa documentación.

- **12. ¿Existe una normativa única para todo el Estado? (contestado anteriormente) ¿Qué diferencias existen entre las distintas comunidades autónomas? ¿Cuál es la situación en Navarra con respecto a la población en situación jurídico administrativa regular e irregular?**
- Cada comunidad, yo sé que en el país vasco también tienen asistencia, las demás comunidades desconozco pero debe de haber más comunidades que han encontrado fórmula. Pero aquí lo que les decimos es la asistencia la tienes

en Navarra, ojo si mañana estás en Zaragoza y te pasa algo no sabemos si te cubrirá, entonces en ese sentido.

No sé, es que claro desde el Centro de Salud, hay mucha información que no tengo, no tengo datos, no te podría decir, eso igual más desde ANAFE.

- **13. ¿Qué ocurre con la población de la UE y en concreto con la rumana que no tiene el certificado de registro de la Unión Europea? ¿Conocen sus derechos?**

- Claro, pues es que yo creo que aquí, si en la línea que te decía antes, son ciudadanos Europeos pero al final los que a mi me han llegado aquí vienen indocumentados y al final encuentran muchas trabas para acceder a los servicios, yo creo que también por las propias administraciones de su país de origen, que igual no tienen la fluidez de otros países. Entonces, no sé si conocen bien sus derechos ni, en lo que a salud respecta desde luego al final ya digo, el trato que se les acaba dando es como personas ilegales extracomunitarias, no es su realidad, pero se les acaba dando ese trato para que puedan acceder al menos a la sanidad en Navarra. Y con respecto a lo demás no lo sé la verdad.

- **14. ¿Sería necesario realizar talleres o campañas de información para que conozcan el procedimiento para acceder a la asistencia sanitaria?**

- Bueno, yo creo que los que me han venido a mí a ese nivel si sabían, sobre todo me han venido acompañados de personas que sí que sabían ya, incluso a veces no querían ir al INSS porque ya anticipaban que lo que les iban a pedir en la Seguridad Social era imposible y me venían a mi diciendo no no haznos esto y nos lo tienes que hacer porque no nos dan. Claro ahí mi obligación era siempre que por lo menos tuvieran una cita en el INSS, el INSS tiene que denegar primero para que yo haga mi parte y a veces con exigencias muy... claro yo te hablo de estas familias que llegan y ellos no hablan y habla el que les acompaña y ahí ese tipo de familias yo me sospechaba quizá como prejuicio eh, como pequeñas mafias donde el que les acompaña igual es el que está organizando para que estas familias anden pidiendo, porque en estos casos me traen ya la documentación que pedimos padrón, traen todo, exigen hacer la asistencia, y yo luego llamo a los Servicios Sociales y también me dicen no tenemos nada claro aquí quien es el padre, quien es el hijo...

- En esos grupos vienen con un conocimiento importante la persona que les acompaña. En la otra población, pues en general sí, porque yo creo por la experiencia que tengo yo aquí de tiempo, es que todas las personas inmigrantes tanto comunitarios, extracomunitarios, claro al final el tema de la salud es fundamental y todos al final se acercan y preguntan y es una información que si no la tienen la buscan enseguida. Entonces, tanto de ONGs... ha habido un periodo en el que con los cambios de ley ha habido miedo y entre la población ilegal no se han acercado por miedo a que si se acercaban a pedir la asistencia sanitaria corrieran peligro pues de expulsión, pero bueno yo creo que ahora se ha vuelto a normalizar, enseguida se ha extendido que tienen derecho a la asistencia. Yo creo que en general, esta población y también las otras, son temas como muy básicos, el que se pueden empadronar y el que tienen derecho a la asistencia sanitaria, yo creo que sí, salvo este cambio legal yo creo que sí, esa información la tienen.

Anexo III. Entrevista a la trabajadora social del Centro de Salud de la Milagrosa.

Para la realización del Trabajo Fin de Grado dentro del ámbito sanitario, realizo la siguiente entrevista a la Trabajadora Social del Centro de Salud de la Milagrosa acerca del programa que se llevó a cabo con la población rumana del barrio. Para ello, elaboro el siguiente cuestionario que tendré en cuenta para la realización de la entrevista:

- **¿Tras el proyecto llevado a cabo en el barrio de la milagrosa con la población rumana cuál era la demanda o necesidad que se identificó?**

- Pues eso viene un poco en el artículo que te pase, entonces nosotros empezamos a trabajar y entendemos que comenzamos a trabajar cuando intentamos entender que es esta comunidad porque se habían digamos que entre los ámbitos profesionales había una cierta preocupación, cuando alarma sobre ciertas prácticas, pues el tema de embarazos muy precoces, significativamente precoces, el tema de escolarización muy precoz, prácticamente no cubrían el ciclo medio, el tema de la fragilidad social, y las dificultades que hay para el manejo de recursos, en nuestros casos en el centro de salud también veíamos procesos de cuidados sobre todo en crianza, que luego comprobamos que son buenas criadoras, y buenas madres, y buenas, pero al ser distintas, te pongo un ejemplo.

Se veía que cuando los niños pasaban al biberón pues había un uso muy inadecuado del tema de biberón, que se interpretaba en clave de incapacidades, de falta de habilidades, de no sé qué, y era algo tan sencillo como que en Rumania, las medidas no son por centímetros cúbicos, son por onzas, entonces cuando nosotros dábamos la pauta de que el biberón tenía que calcularse cada una de las tomas, por dábamos por hecho que eran centímetros cúbicos de agua, y sin embargo ellos los pasaban a onzas, quiero decir que había las niñas fajadas, eran primero pensábamos que eran niños y niñas a las que bajaban y nos pareció una práctica que era muy significativa, muy llamativa, pero luego bueno pues eso se ha ido poquito a poco trabajando y tal. Entonces la razón es esa preocupación del centro de atención a la mujer, de la escuela, de los servicios sociales se descolgaron, empezaron pero luego se descolgaron, porque esto al final depende mucho de las personas, no de quien

entra y como, entonces bueno. Y partí un poquito de eso, el proyecto empieza cuando intentamos comprender que pasa con esta población.

- **¿En la realización de este programa qué objetivos se tuvieron en cuenta?**

- Pues este, el primer objetivo era entender quiénes eran, dimensionar el problema a nivel cuantitativo, de cuantas familias estamos hablando, son muchos, son pocos, porque hay veces que la sensación que tienes como profesional de agobio, porque son temas no conocidos, tiendes a sobre dimensionarlo, ui cuantos hay, pues igual no hay tantos, pero cuando vienen los pocos que vienen a mí me supone un esfuerzo terrible, de entender, de idioma, de pauta cultural, de que te ponen encima de la mesa 25 cosas diferentes no, entonces el primer objetivo fue entender, cuántos son y qué les pasa, a donde vienen, a donde van.

- **¿Había muchos en la milagrosa?**

- Pues nosotros ahora estoy actualizando yo el censo otra vez, y nosotros cuando empezamos allí en el trabajo viene, 27 familias, 27 grupos familiares de la milagrosa había, que es un poco lo que censamos no, ahora yo creo que hay más porque ya es voy censando, no he terminado, porque nuestro sistema de registro no permite incorporar variables que discriminen etnia, entonces claro no podemos explotar cuantos son gitanos o cuantos, no, no podemos hacer, entonces voy haciendo un poquito conforme los voy recibiendo a la consulta, y luego un poco por apellidos no, pues determinados apellidos sabemos que son rumanos.

- **¿Por qué se decidió poner en marcha un programa dirigido hacia el colectivo de personas rumanas en la milagrosa?**

- Bueno pues una vez que hicimos la primera fase que era de aproximación, primero cuantitativa, luego hicimos cualitativa que es un poco en el artículo se recoge el resultado no, del grupo de discusión que hicimos que era un grupo, no era un grupo puro, metodológicamente puro, porque es imposible que no se conocieran entre si, porque estuvo muy mediatizado por el tema del idioma, tuvimos que utilizar una interprete, una mediadora, bueno pues tuvo muy así, entonces vimos un poco cuales eran las fragilidades no, algunas eran previstas, la fragilidad económica, la fragilidad cultural, y otras no eran previstas, por

ejemplo apareció una importante fragilidad clínica, vimos que eran personas que enfermaban antes que además sus enfermedades eran más incapacitantes, eran más graves, y ahí había una menor esperanza de vida, que luego lo contrastamos con la bibliografía que hemos ido consultando, y efectivamente Rumania tienen la esperanza de vida más baja de Europa, que ahora la última vez este fin de semana que estaba actualizando alguna cosa, está en torno a los 74 años de la población general, y suponemos que como ocurre aquí, la minoría gitana, tienen menor esperanza de vida, que aquí es una media de 5 años, en zonas es aquí en Navarra hay menos brecha, pero en el sur la brecha es mayor, pues en suponemos que allí esta población a su vez vive menos, si si.

Entonces apareció no, no contábamos, por ejemplo la alta incidencia de enfermedades crónicas respiratorias, es muy importante no, si, la falta de inmunización que hay en la población adulta, por ejemplo con el tétanos, hay que tener cuidado que esta gente trabaja con la basura no, entonces todos nosotros debemos estar vacunados contra el tétanos, pero con esta población se tiene que insistir más, cuando aparecen procesos de tuberculosis el tipo de tratamientos son muy largos, apareció también una fragilidad clínica que no estaba prevista cuando empezamos el trabajo.

- **¿Hay muchos de la milagrosa que ejercen la mendicidad también?** Es una actividad no declarada, es una actividad que ellos no te dicen cuando tienes ya un acercamiento, muchos pues no sé, ir al banco de alimentos es mendicidad? Entonces todos eh, el banco de alimentos además es una organización con muy poca estructura organizativa, con muy poca permeabilidad a otros procesos de intervención social, de poder integrarlos, de que haya un abordaje grupo familiar o no, entonces eso no, no sabemos.

Mendicidad en la calle, no sé yo lo que veo mucho el tema de basuras, sí que está más generalizado, y el tema de mendicidad, yo creo que está más generalizado en mujeres solas. A ver este grupo hay que tener en cuenta, que son gitanos, son de minoría gitana-rumana, pero tienen cosas que les asemejan a los gitanos de aquí y cosas que les distingue, y una de las cosas que más les diferencia, es la inestabilidad de los grupos familiares, que aquí los gitanos, los grupos familiares son muy estables, muy cohesionados y muy amplios no, los

clanes. En esta minoría sí que hemos, yo un poco lo que veo, que son los que minoría gitana, que han asumido un proceso migratorio que no son todos, pero sí que las estructuras familiares son más frágiles, son menos cohesionadas, y son más reducidas, entonces por ejemplo una de las cosas que habrás visto en el artículo un 1/3 de las mujeres viven solas, son familias monomarentales, que eso en los gitanos no existe. Yo en este grupico igual sí que veo una tendencia a la práctica de mendicidad mayor, pero yo creo además que el tema de mendicidad esta tan mediatizado por tantas cosas, y luego hay que ver la mendicidad institucional si es mendicidad o no, pero te refieres a la calle. No sé yo veo más fragilidad en eso, en mujeres, no sé.

- **¿Qué metodología se tuvo en cuenta a la hora de abordar esta práctica?
¿Cómo se realizó la programación?**

- Pues bueno nosotros lo primero que hicimos fue un censo que fue curiosamente lo que más nos costó empezar a trabajar, es muy costoso los grupos familiares, hacer un grupo familiar, porque puede haber hijos con diferentes apellidos, porque muchos mantienen el apellido de la madre, otros del padre, son uniones que se reconstruye de diferentes maneras, entonces quien es hijo de quien, madre de quien, es un follón, eso nos llevó mucho. Luego hicimos el grupo de discusión, los cuestionarios, mujer por mujer, que eso fue más rapidico, porque ya es una metodología que ya estas más habituada, que bueno la haces, la transcribes, que es un rollo lo que te va a pasar a ti, transcribes, la analizas, y yasta no.

Y luego lo que hicimos fue, cuatro talleres, que los talleres como es un proceso de trabajo que ya sabemos pues es ponerlos en marcha. La respuesta fue estupenda. Vinieron la actitud fue muy buena, muy buena, muy buena, y entonces en los talleres utilizamos pues lo que es la metodología de la pedagogía activa, el feedback, los talleres funcionaron bien, unos mejor que otros, no los que se asimilaban más al método chapa, al método charla, pues por ejemplo todo lo que tiene que ver con recursos sociales y tal, claro a ver habrás visto en el artículo que es una población que un porcentaje altísimo, a pesar de que tienen una permanencia en torno a cuatro años, aquí y en Navarra, tienen muy poca itinerancia, conocen muy mal el idioma, muy mal a

nivel de manejo básico, y luego vienen con un nivel de escolarización prácticamente nulo, un mal manejo del idiomas más una escolarización claro en procesos de grupo es muy costoso, lastra mucho hasta que comprenden, hasta que no.

- Otros talleres funcionaron mejor cuando, y otros pues hubo más confrontación, el tema de crianza, eh pues fue un taller a mí me gustó mucho no, fue un taller que tuvimos que invitar no a las madres, a las madres también claro porque son madres jóvenes, sino a las abuelas, pero estamos hablando de abuelas paternas, porque son grupos que cuando se establece la unión son patrifocales, es decir, la mujer se traslada a vivir con la familia materna del marido. Pero fíjate que problema, porque estas mujeres en muchos casos son menores de edad, y la unión no es una unión formalizada, con lo cual nos tenemos a menores viviendo en domicilios donde no hay una relación de parentesco.

Claro es que lo de los grupos familiares a nosotros se nos hace complejo desde nuestra perspectiva, pero entonces ahí en ese grupo, las mujeres jóvenes eran más permeables, y las mayores, mayores que eran más jóvenes que yo, pero eran las abuelas, pues hubo más confrontación no, a la hora de utilizar las pautas por ejemplo de alimentación que hay, ellos están acostumbrados a una alimentación que concentra en un grupo familiar, no distinguen una alimentación específicamente infantil, salvo con cosas muy concretas, sino que los niños desde muy chiquitines participan en la alimentación de la familia, pero se les da una parte de esa administración, entonces sobre un plato que centraliza todo que es el cocido, a los niños se les da el caldo, la sopa.

Claro, las enfermeras, se venían arriba hablando del puré, claro la textura, el porcentaje que hay de vitaminas que se obtienen a través de la patata, o a través de las verduras, no se corresponde con lo que es un caldo, con lo que es un cocido, por así decir no, y entonces ahí hubo bueno pues había diferencia de pareceres que tenía más valor, menos pues mira que los niños son igual de monos.

Hombre los niños tienen un percentil un poquito más pequeño que el nuestro, también ellos son los adultos son de percentiles más bajos que los nuestros, con lo cual los niños van siempre pues un poco arrascando no, en el 5 en el 6 y

en el 4. Pero la metodología fue eso, fue de análisis e, echamos muy en falta entre ellos no tener interlocutores, no haber conseguido dentro de la comunidad, porque hicimos algún intento con la asociación rumana, pero ellos no son de minoría gitana, e es lo mismo que si vamos a la casa de Asturias en Frankfurt y les hablamos de gitanos, nos dirán oiga que yo no soy gitano, que yo soy de donde sea no.

- **¿Y la programación como la realizasteis?**

- Pues hicimos los talleres como cada 2-3 semanas para ni saturar, ni que tampoco se dilatara mucho en el tiempo. Convocábamos a las mujeres a través de la gente comunitaria de salud y íbamos un poco las convocábamos, quedábamos con ellas en diferentes ámbitos, para que se familiarizaran con el centro de atención a la mujer, con los servicios sociales, con el centro de salud, y luego un poco pues cada sesión tenía una programación, como es pues a partir de la pedagogía activa, pues siempre que conoce, que sabe, que dificultades tiene, lo que pasa que ellos aportaban poco, el nivel de participación en los grupos era difícil, la actitud era muy buena, muy receptiva, pero a ellas les costaba aportar cosas no, de lo que hay, salvo en este caso del caldo, caldo puré, caldo, les costaba mucho pero se mantuvo muy bien la participación, bajo un poquito al final, pero porque estábamos hablando de crianza, ya no eran tanto las mujeres sino la participación.

- **¿Cuándo se hizo el proyecto?**

- Pues yo creo que hará este otoño pasado no, el anterior, el anterior fue, sí. Luego no ha habido, a ver, nosotros en atención primaria, no podemos conseguir financiación, tenemos que conseguir financiación, a través de entidades no, no podemos pedir a nuestra propia dirección que nos dé un dinero para hacer actividades que requieren un gasto, y entonces claro esto nos hace un poquito dependientes de asociaciones con las que podemos coordinarnos y podemos mantener una fluidez de comunicación, pero que te fuerza un poco a solicitar a través, eso interrumpe mucho.

Este programa debería haber continuado, nosotros tuvimos unas conversaciones con salud pública, para ir trabajando sobre la figura de gente comunitaria de salud, dentro de la comunidad gitana, que hubiera personas

referentes para un seguimiento, y esto por ahora, no, sí que este proyecto cambio el tipo de relación que mantenemos con esta población, eso es cierto e, si si, tanto en el centro de salud, como yo personalmente, cambia mucho, la relación es más fluida, sí.

- **¿Quiénes formaron parte en el programa que se puso en marcha?**
- Y varones a las primeras sesiones vinieron pero la participación de hombres fue menor, a parte que eran talleres que tenían más que ver con procesos de socialización de crianza, a parte que las mujeres son las que vamos a todas estas cosas, pero fueron sobre todo mujeres, y mujeres yo creo que cogimos, claro no hay mujeres muy mayores, las mujeres mayores tienen mi edad cincuenta y tanto años, que son abuelas pero en fueron sobre todo mujeres, y sí que cogimos su abanico desde jovencitas, su mayoría de edad cogíamos chavalas de 15 años con las primera maternidades pues hasta 45-50 años fueron las que. Con los hombres sí que desde el centro de salud, intentamos, pero ya con un programa más individualizado como el tema de enfermedades crónicas, una adaptación mayor a enfermedades, al tema de vacunación.... Pero eso ya lo incorporamos con los chavales.
- **¿Qué tipo de colectivo y de qué edad se tuvo en cuenta a la hora de poner en marcha el programa? hombres, mujeres, menores...**
- **¿Cómo se consiguió contactar con el colectivo para que formasen parte del programa?**
- Porque eran conocidas, de salud, o de servicios sociales o de la mediadora cultural, nosotros partimos del censo de gente que atendíamos, yo creo que todos estaban ahí porque a salud vienen todos no, entonces nos íbamos contactando de acuerdo a los servicios que tenían de referencia, pues de renta básica, de escolaridad, o a través de las madres, o a través de. Sí que es un colectivo, eso es importante es bueno, y luego tiene alguna pega, pero es bueno fundamentalmente, es un colectivo muy conectado con los servicios. Eso es muy importante, es un colectivo, que va que utiliza los servicios de salud, de servicios sociales, de educación.
- **¿Con qué presupuesto se contaba?**

- Era muy poquito, si, fue muy poquito dinero ese dinero lo cobro anafe, nosotros ya no entramos ahí, pero la financiación era muy poquita, era para garantizar en el momento que, en mitad de este proceso anafe restringió el contrato a la mediadora, y entonces necesitábamos financiación para contratar a una mediadora y poder continuar con el programa. Pero en este tiempo anafe volvió a contratar a la mediadora, y entonces esa financiación lo cobraron y bueno ahí se quedó.
- La financiación es para trabajar con grupos, la financiación es muy poca pero es necesaria, adaptar materiales cuesta dinero, y este colectivo necesita, luego intentamos recuperar pero eso no cuesta dinero, intentamos recuperar materiales de educación para la salud en sexualidad por ejemplo de Rumania que utilizaban no, eso sí que hicimos que fue muy interesante el trabajo que se hizo de recuperar materiales en rumano, sobre crianza y sexualidad, pues e un poco utilizar las figuras de referencia, pero había muy poco para gitanos, así como aquí hay muchísimas información, divulgación que está adaptada para gitanos, allí vimos muy poquita en Rumania, ahora e.
- **¿Con qué recursos materiales y humanos?**
- **¿Cuáles fueron los resultados positivos y negativos que se obtuvieron?**
- Bueno yo creo que positivos eh, positivos por lo poquito que pudimos aportar a la gente, con esta gente un programa de cuatro talleres, seamos realistas, es el chocolate dor, yo creo que nos aportó más a nosotros empezar a verlos desde otra perspectiva, conocerlos, relativizar muchas cosas, por ejemplo mejoro el tipo de relación yo hago muchas visitas a domicilios, yo hago en la milagrosa porque hago muchas, porque me toca y porque yo además no pongo pegas. Bueno pues la posibilidad de entrar en estas casas se facilitó a través de este programa, la entrada en los domicilios, digamos que ellos están, y sin embargo las visitas a domicilios han resultado muy positivas, porque lejos de encontrar los domicilios desocupados, desestructurados, están hacinados, porque la mayor parte comparten pero son domicilios totalmente estructurados, bizantinos como no te puedes imaginar, pero son mantienen buenas pautas de higiene intradomestica es decir, nos ha permitido a nosotros yo creo que hemos sacado más que ellos, si porque que les hemos aportado,

conocimientos, pues sobre todo les hemos aportado una mejora en nuestros procesos de comunicación y de relación, yo creo que es lo que a ellos les dimos y sobre todo nosotros porque conocimos no, había mucha alarma por ejemplo con el tema de crianza de los niños, los niños los crían bien, son niños pequeños a veces no tienen todo lo que necesitan pero son buenas criadoras en general, alguna que no como las payas como nosotras pues hay alguna que no, que le falta algo.

- **¿Habría algún aspecto para mejorar?**
- Seguir, yo creo que es una irresponsabilidad terrible lo que están haciendo con esta población, aparte de que es injusto no es ético, es una irresponsabilidad porque están aquí y no se van a ir. Yo este verano he estado en Rumania, porque me quede así con el esto yo lo tengo que entender allí, y aquí están mal pero allí están peor, no van a volver, ellos en principio su vocación es quedarse, pero queremos que generen a parte de la vocación de quedarse, porque aquí consiguen mejor nivel de vida que el que tienen allí, es que lo que hay que generar en ellos es una sensación de que son de aquí, de arraigo, seguimos funcionando al margen de esta comunidad, y en algún momento va a pasar factura porque los niveles de exclusión cada vez son mayores.

Yo si algo tenía bueno este programa e insistíamos, es que en este momento una población muy receptiva, si se trabaja son receptivos, pero dentro de unos años no van a ser receptivos, ya dirán bueno pues esto sí puedo tengo estos beneficios u otros, entonces hay que seguir, yo no sé cómo se sigue porque esta gente necesita un abordaje muy intersectorial no, alguna vez decimos e por ejemplo el tema del trabajo es fundamental, si para bien y para mal en esta sociedad el trabajo es el vehículo de incorporación, si está trabajando basuras porque no se llega a un acuerdo con traperos de emaus y se utiliza, bueno pues alguna los van a detener porque ya están hasta el moño de que se lleven todo eh.

El otro día en el Centro de Salud cambiamos los radiadores y aun no los habíamos sacado al contenedor que ya se los llevaron todos, y además como eran pacientes nuestros fue como gracioso. Pero el tema del trabajo fíjate, el tema ético, el tema de menores, no sabemos que menores son, como están, los

traen, los llevan, los casan pronto, los casan tarde, estamos funcionando desde parámetros de población paga no sé que como mucho ahora en un proceso en crisis pero no se está trabajando con esta población, y dentro de un tiempo no sé qué pero va a pasar algo, no sé qué pero va a pasar, entonces yo creo que hay que seguir, lo que pasa que seguir desde un centro de salud, eres una pata de esa mesa y además una pata que no es la que más ellos lo valoran cuando comienzan a enfermarse, pero mientras tu aportación con ellos es preventiva y, yo ahora sigo viéndoles mucho, muchísimo pero vienen cuando tienen dificultades de mediar con otras administraciones, porque no tienen papeles, yo tengo una relación ahora que a mí me parece fluida, pero yo que yo les apporto o les aportaba del centro de salud es muy poquito, tiene que ser junto con empleo, fíjate viviendo igual es lo que yo entiendo que ellos se organizan, están mejor que en su país indudablemente, pero yo creo que hay que seguir ahí tiene que haber un abordaje más integral.

- **¿Cómo valoraron los usuarios y usuarias la experiencia? ¿Y los y las profesionales?**
- Pues mira en la última sesión se les paso un cuestionario que yo creo que fue del todo inadecuado, pero yo creo que como se pasó y no se consultó con los que estábamos llevando el tema, pues la valoración que ellos dieron fue muy buena porque era la valoración que sea para cualquier curso de la administración, con una escala de estas, horrible. Bueno ahí fue buena, luego con ellos, con ellas sobre todo la valoración era muy buena, pero ellos son muy condescendientes no se a la vez que ellos pueden de alguna manera preservarse cosas que no comparten o que van compartiendo muy poquito a poco desde esa desconfianza, ellos yo creo que agradecían mucho venir, se sentían muy alagadas porque en un centro de atención a la mujer, en un centro de salud se las recibía, eso intentamos cuidarlo mucho que las recibiera el director, que les diera las gracias por venir, que dijeran que bueno que aquí estamos para lo que necesitéis, es cambiar otro registro más desde el respeto, desde eso lo cuidamos mucho por eso te digo que es lo que aportan estos talleres.

Por el tema de fajar las niñas hemos conseguido que ya no las traen fajadas, pero estoy convencida de que las fajan en casa no tengo ninguna duda. Pero y han aprendido que al centro de salud como las traigan fajadas, pues depende como este pues se alarma, porque es como un gusilud.

Bueno si, yo creo que había profesionales que estamos metidos en el proyecto, yo estaba ahí y ciriqueaba, pero hubo profesionales que se incorporaron para una sesión concreta, por ejemplo las enfermeras de pediatría, salieron encantadas, lo prepararon con muchísima ilusión osea preparamos talleres pues más con dibujos, con no se qué, y luego cuando realizamos el taller estuvimos, estuvieron porque yo ya vengo de fábrica, sino yo me entusiasmo con estas cosas pero ellas estuvieron muy bien, ellas se encontraron bien.

- **¿Qué carencias se han encontrado? ¿Se ha encontrado alguna otra demanda específica que se podría abordar?**
- Buff muchas muchas. Ten en cuenta que a ver quiénes estábamos, yo lo mismo recibo en el despacho a un abuelo con demencia, a una mujer que ha sido agredida, a un niño que, entonces yo no tengo una especificad de intervención con este colectivo, tengo un interés, por eso te digo que es un taller que yo creo que recibimos más de lo que aportamos y trabajamos el registro, y trabajamos más a gusto yo al menos con ellos, no me siento tan amenazada como profesional de que me piden, de que me engañan, no yo creo que fluye la relación de otra manera. Pero carencias todas, todas, la primera el poco apoyo que hay de administración de todas, la administración de salud la primera, salud pública no mostro interés en hacer un programa específico con esta minoría, cuando dentro de sus competencia esta su trabajo con minorías étnicas, y tienen un compromiso con trabajo con trabajo en equidad en desigualdades en salud, no lo acaban traduciendo todo a pedir dinerico a través de no sé quién y no hay una intención.

Si lo que pasa que los talleres no puedes abusar, no puedes estar haciendo talleres todo el día. Nosotros hicimos hasta donde llegábamos, y luego todo eso lo hemos incorporado a las consultas, a los procesos de atención de otra manera cualitativamente diferente, eso es cierto, pero no, no puedes estar haciendo todas las semanas yo creo que hay que integrar ese trabajo, que es

un trabajo de promoción con otros distintos no, y luego e incorporarlo además e por ejemplo el tema de la escuela no, el claro hay que incorporarlo pero dentro de otros procesos que no sean solo para esta población, nosotros ahora en Victor Pradera o Paderborn hay un porcentaje muy alto de niños que están inmigrados que por su condición de inmigración tienen una fragilidad añadida, pues eso hay que organizarlo todo, entonces esto son pequeñas experiencias, no es más, esto es una pequeña experiencia que lo único que hace es revelar lo que no se está haciendo.

Es muy concreto, la milagrosa 27 familias, no tiene más valor. Yo creo que se debería, por ejemplo en la milagrosa, con esta población porque digo que antes en la asamblea de vecinos salía pues se está generando un problema de convivencia desde la desconfianza, hay que abordarlo. Una alarma social que parece estamos todos sobre todo el cogollo todo el mundo un poquito crispados, un barrio que se está degradando poco a poco, la población que era de la mila se está vaciando porque se hacen mayores, por las barreras arquitectónicas, porque pues una de las cuestiones, hay que abordar el tema de convivencia. Decimos que una población muy subsidiaria de los servicios sociales, muy dependiente de los demoles una alternativa, que se esta haciendo a nivel de empleo con ellos, que se está haciendo a nivel de garantizar la continuidad en la escolaridad, y di que los críos yo creo que entre que ellos cuando lo hacen la mendicidad en Rumania los niños es dramático el tema de los niños, es dramático, no hay ningún desde que se desmorono el sistema comunista que tenía una dictadura horrorosa, horrorosa, cruel todo, pero tenía un sistema de protección sólido.

Si tú ves en torno a 1990 baja la esperanza de vida pero de manera muy significativa porque se reduce la protección, eso en Rumania se mantiene no hay protección el tema de los niños es dramático, de mendicidad, de callejeo, de enfermedades. Sobre todo en lugares que es de donde viene esta gente, vienen gran parte de Bucarest y del sur de Bucarest, que es una zona, mira yo cuando la vi me recordaba como a la ulzama, es una zona así como muy arraigada, un frio bueno, en Agosto hacia frio pues no quiero pensar cómo es eso en Noviembre, de mucha humedad no es casual que tiene muchos

problemas respiratorios, que hay una mortalidad precoz. De hecho cuando tú les preguntas a ellos de que murieron, que eso es una pregunta que no está prevista y empezamos a hacerla, a qué edad murió tu padre, tu madre. Mueren muy precozmente y en una mayoría esto es registros de las encuestas e, no lo hemos visto, de afecciones respiratorias, nosotras achacamos a las condiciones de vida, porque las afecciones respiratorias están muy relacionados con condiciones de vida.

- **¿Consideras que esta experiencia o similar a estar se podría llevar a cabo en otros barrios o localidades?**

- Mira lo que están haciendo porque nos han copiado el proyecto de una manera indigna, de echo me llamo una compañera y me dijo Piluca eso lo has redactado tú, porque por mi forma de redacción me conoce, porque es el mismo proyecto que hicimos que redactamos nosotros. Pero hacen lo mismo, lo hacen pero sin sensibilidad que hicimos aquí, lo hacen, cogen hacen cuatro talleres y se van, sin la sensibilidad previa de habernos preocupado por esta población, intentar conocerlo. Entonces se está haciendo, y que hacemos para hacer 4 talleres, yo estoy convencida no sé si sabrán datos porque como al final lo que son subvenciones que tienen tema de pelas y no sé qué y no sé cuántos pues eso pervierte mucho todo no, pero y que haces con hacer cuatro talleres, uno de crianza con mujeres rumanas en Zizur. No, a parte cobras funciones por ese concepto, tiene que haber algo que se aborde mucho más, y de echo en las conclusiones ya decíamos, hay que continuar pero hacia adelante. Lo que no puede ser es estar reproduciendo no, como si amaneces esos sueños que son recurrentes no, esa sensación de estar haciendo todo el tiempo lo mismo, de la misma manera, así. Hay que continuar, tiene que haber algo mucho más.

Mira otra de las cosas que vemos, nosotras estuvimos con extranjería también quiero decir a la hora de dar estos pasos como lo haces desde la preocupación pues vas abriendo, extranjería cada vez pone condiciones más duras para dar en NIE. Cuando son ciudadanos europeos pero tienen una especie de moratorias, cada vez tienen que tener el alta de seguridad social, pero claro muchos lo que hacen es pagar 3 meses de autónomo, fíjate tu hasta qué punto estamos rizando el rizo. Luego las salidas y entradas del país, al ser ciudadanos

europeos que hay libre circulación pues muchas veces no se conocen bacle, aparecen y desaparecen, hay que sentarse entre todos y luego crear contra lo que se dice yo creo que el primer principio es generar en ellos un sentimiento de pertenencia, de que son de aquí porque han llegado y mientras estén aquí son de aquí. Y hay que trabajar como pero con los rumanos los gitanos trabajamos como que no son de aquí, como que están pero no son, pues si están es que hay que trabajar a la vez todo, y hay que implicar a otras administraciones, también al consulado rumano, que ni esta ni se le espera, anda vete tú a hacer una gestión con el consulado rumano, con algún problema.

Por ejemplo con fallecimientos no, los gitanos rumanos tienen unas creencias tremendas en ser enterrados en suelo de Rumania, y aquí se mueren, yo he tenido 3 fallecimientos de rumanos y no recibes colaboración de nadie, a la hora de solucionar o una repatriación de cadáver, no hay iglesia ortodoxa, hay que reunir a todos los agentes que hay, y una dificultad es que entre esta población no hay interlocutor hasta ahora, entonces lo hacemos todo nosotros los Navarricos y los payos que además fíjate tú qué, pero bueno, nos hemos quedado un poquito así con el tema.

Anexo IV. Entrevista a la mediadora intercultural de la Fundación ANAFE.

Para la realización del Trabajo Fin de Grado dentro del ámbito sanitario enfocado a la población rumana, realizo la siguiente entrevista a la Mediadora de ANAFE Ana Turcan. Para ello, elaboro el siguiente cuestionario que tendré en cuenta para la realización de la entrevista:

- **¿En qué consiste la labor de una mediadora intercultural con personas inmigradas?**
- Pues mi trabajo empieza desde el apoyo lingüístico oral sencillo, venir en una cita y hacer la traducción, también alguna intervención escrita, por ejemplo me ha tocado el hospital, ayudar a rellenar los formularios para hacer una anestesia o a traducir algún informe médico de su país. Esto desde aquí y también más adelante sería mi labor de explicarles a gente que viene de fuera como están las cosas aquí, para que se pueda manejar bien también a los profesionales, a los recursos, explicarles cómo están en el país, para poder entender porque actúan de una forma u otra, esta es mi labor, de acercar a las personas y poder solucionar problemas cuando hay.
- **¿Te han llamado a ti para que acudas?**
- Si me han llamado los recursos sabiendo que tenemos la disponibilidad de ir al lugar donde hay cita, pero también los usuarios saben que estamos aquí para esto, y me puede llamar y decir mira tengo una cita por favor venga porque no se hablar, y me cuesta mucho decirles. He detectado también problemas que no parecían tan graves, por ejemplo va una al médico y parece que le entiende, pero que va, puede soltar que ha entendido justo lo contrario, esto es grave en tema de salud. O al revés cuando vas acompañado de otra persona, es una amiga, pero yo que se igual ella misma no sabe los recursos que hay, o el camino directo como solucionar esto o no le interesas que lo sepas tú. Yo doy a conocer lo que hay, y si no se lo consulto a los profesionales directamente.
- **¿Es de utilidad la mediación en el colectivo de personas inmigradas? ¿En qué sentido?**

- Por supuesto que es de utilidad, ayudamos a solucionar los problemas en el momento que hay, voy traduzco y eso, pero también a la larga cuando orientamos decimos como estaba la cosa, a la larga ayudamos que la persona tenga más autonomía ya que saben dónde ir y luego aprenden un poco el idioma, y irán solas. Eso como te comentaba, orientación imparcial, a mí no me supone no sé qué, que sepa o que no sepa yo digo todo lo que hay, todas las ayudas que hay yo que se depende del problema de cada uno.
- **¿Por qué es importante realizar mediación intercultural comunitaria?**
- Para tratar los problemas colectivos, entender que dificultades tienen las personas de ese colectivo y la comunidad en general que está compuesta de más colectivos que se pueda entender entre sí.
- **¿Cuál ha sido tu experiencia de trabajo de mediación intercultural comunitaria en el ámbito de la intervención sociosanitaria?**
- Pues si yo estoy trabajando desde hace un año, tuvimos tres talleres en Zizur Mayor, con este problema en una charla que era los Servicios Sociales que se puede pedir cosas así, luego el segundo taller era hábitos saludables, porque había se detectaba algún problema de sobre peso, eran personas mayores con diabetes y esto, y la tercera charla era de educación sexual, lo que estamos haciendo en casco viejo porque estamos como un primer contacto, en navidad estuvimos con uno en diciembre ahí no tenemos un tema concreto sino vamos a conocer no se a ver que surge y luego qué necesidad en empleo, más adelante lo vamos a tener más. Ya veremos que vamos a elegir porque no nos reunimos desde entonces.
- **¿Qué experiencias existen en este ámbito?**
- Sé que antes que yo la mediadora rumana que trabaja antes ha tenido en la milagrosa algo parecido, pero ahí es un colectivo más numeroso y más joven comparando con Zizur, y aquí sí que han hablado algo de pediatría, de niños, porque no había la necesidad. Y también sé que se con las mujeres de otras he oído que se ha hecho algo. Esto serían las experiencias que conozco yo. De la milagrosa Piluca se implicó mucho, ahora quiere hacer algo parecido sobre todo

con las familias con menores de hermanos. No sabe muy bien cómo hacerlo pero quiere que funcione, no sé en qué sentido para la comunidad de milagrosa en general ya supone un problema.

- **¿En estas experiencias que carencias has detectado? ¿Qué dificultades, potencialidades...?**

- En el sentido de problemas sanitarios, yo he detectado que hay un problema que no acuden a las citas, esto les costaba mucho, pero, en casco viejo hemos hablado de esto y parece que han entendido que si van a acudir, no se a la larga, también he visto por las paradas de autobuses, si no vienes a la cita llamas, eso significa que no solo nuestro colectivo tiene sino que en general son como yo. Sin embargo en amplitud social sí que veo carencias de que en concreto yo creo que las personas que vienen aquí si están como están lo primero que deben hacer aprender castellano, y casi todas las Unidades de Barrio sobre todo cuando llegas a un a pedir una ayuda piden, pero no todas. Algunos simplemente no saben, o no valoran y esto me parece muy importante de hacerlo porque hay ya cuando desde sesenta y cuantos años y problemas de salud, pero aun así en unas se pide y en otras no, pero cuando son jóvenes y no saben leer-escribir no puedes pagar así a sin fin ayudas que no hagan lo mínimo lo básico para aprender castellano, y luego haz un curso de formación, porque si no aprenden nada siempre van a ser una carga del estado y no tienen otra salida, no se esto me parece una carencia tiene que poner como condición obligatoria a hacer el curso de castellano. Muchos de ellos se sienten como ya que están adultas incluso veinte pico años fíjate les parece como voy a ir yo a la escuela, que me da vergüenza que van mis niños que tienen 6 años y yo también pero a la larga cuando forzados se van a ir están agradecidos porque ya ven que les sirve de algo, ya saben leer ya saben hablar entonces que les cuesta un poquito hay que forzarles, esto serían las carencias. Incluso en algunas parroquias piden, les dan una ayuda de 50-60euros para familias con dificultades al mes que compren productos de primera necesidad, y para una mujer que hace poco ha venido le ha puesto como condición te pagamos 3

meses pero como más adelante no me traigas justificante que vas a la cruz roja pues no te vamos a pagar más, y es lógico que no estás en España, y eso.

- **¿Si se llevase a cabo algún proyecto con la población rumana paya y gitana crees que es importante incorporar la figura de la mediadora?**
- Si, muy importante según aquí también hay población gitana población que ha nacido aquí que habla castellano sin embargo por su forma de ser, por su cultura son distintos y necesitan una mediadora he oído que se juntan y hay una persona que les representa y les ayuda a hablar, pues aún más con mi colectivo que se añade el problema de dificultad de idioma, esto les hace acercarse y les da confianza en la mediadora que sino quien lo va a hacer, porque que he hecho mal. Y luego la mediadora les llama y les dice por favor ven a esta fecha, nos vamos a juntar, no has hecho nada mal, van a llamar para que hables que os pasa a vosotros, que dificultades tenéis, como os parece que os podemos ayudar, si, y luego escribir un mensaje para recordar, la mediadora se implica y las dos partes esas se acercan. Yo creo que en casco viejo ha funcionado bien porque por un lado los profesionales les ha gustado porque han acudido, aquí no eran y no hay tantos en casco viejo, y han acudido los profesionales están apreciando que vienen, que se pueden comunicar y los usuarios me preguntan y cuando nos veremos de nuevo, aunque en este momento no se puede conseguir gran cosa más que juntar, pero ya se siente como que tienen cuenta de ellos.
- **¿Qué experiencias tienes en este ámbito y con el colectivo de personas de origen rumano?**
- Pues mis experiencias es que se han hecho talleres en Zizur, en Milagrosa en Casco Viejo intentamos se quiere hacer algo en Milagrosa pero no sé exactamente cómo abordarlos cada cosa que poner a la larga se quiere que esas personas puedan hacer un trabajo de lo que sea, de lo más básico pero que trabajen, que no estén a cargo de estado sin fin. Si se puede conseguir esto es el mayor logro pero no es fácil.

- **¿En qué favorece la mediación a ambas partes (población rumana y autóctona)? ¿Y en un proyecto de intervención concreto, cómo se van a ver beneficiadas ambas?**
- Se pueden entender directamente, se pueden hacer que el colectivo en general de un barrio o de se solucionen los problemas, se puedan entender, se pueda mejorar.

Anexo V. Cuestionario de evaluación para los participantes adaptado al idioma de la comunidad rumana

Evaluarea de catre participantii

Marcheaza un raspuns de la 1 la 4

Muy Bien 4

Foarte bine

Bien 3

bine

Regular 2

mediu

Mal 1

rau

Marcheaza urmatoarele

Varsta:

sex :

femeie ☐

barbat ☐

4- Foarte bine	3-Bine	2- Mediu	1-rau
----------------	--------	----------	-------

1. VALORAREA CURSULUI REFERITOR LA:

Scopuri

4	3	2	1
---	---	---	---

Activitati	4	3	2	1
------------	---	---	---	---

2. CONTINUT SI METODOLOGIE

cursurilee au fost interesante	4	3	2	1
Munca in grup a fost pozitiva	4	3	2	1

3. VALORAREA PROFESIONALILOR SI A INFORMATIEI CURSULUI

Referitor la profesionali	4	3	2	1
Referitor la informatia cursului	4	3	2	1

4. DURATA SI ORARUL

Durata a fost adecvata	4	3	2	1
Orarul a fost adecvat	4	3	2	1

5. SALILE SI MATERIALELE

Sala a fost adecvata	4	3	2	1
Materialele au fost adecvate	4	3	2	1

6. Evaluare generala

Nivelul de satisfacere sau multumire	4	3	2	1
Dorinta de a mai face alte activitati	4	3	2	1

1. Ce ti-a placut cel mai mult

2. Ce ti-ar placea sa imbunatatesti

Va multumim pentru colaborare

Anexo VI. Cuestionario de evaluación para los y las participantes (traducido a castellano)

Evaluación participantes

Redondea la respuesta del 1 al 4:

Muy Bien 4

Bien 3

Regular 2

Mal 1

Señala lo siguiente:

Edad: _____

Sexo:

Mujer: ☐

Hombre: ☐

4- <i>Muy Bien</i>	3- <i>Bien</i>	2- <i>Regular</i>	1- <i>Mal</i>
--------------------	----------------	-------------------	---------------

1. VALORACIÓN CURSO

Los talleres	4	3	2	1
Los objetivos	4	3	2	1

2. CONTENIDOS Y METODOLOGÍA

Los talleres han sido interesantes	4	3	2	1
La duración	4	3	2	1
Trabajar en grupo ha sido bueno	4	3	2	1

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

3. VALORACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES

Las profesionales	4	3	2	1
La información	4	3	2	1

4. DURACIÓN Y HORARIO

La duración	4	3	2	1
El horario	4	3	2	1

5. AULAS Y MATERIALES

Las aulas	4	3	2	1
Los materiales	4	3	2	1

6. VALORACIÓN GENERAL

Satisfacción o agrado	4	3	2	1
Hacer más talleres	4	3	2	1

10. Lo que más te ha gustado

11. Mejorar

Gracias por tu colaboración

Anexo VII. Cuestionario de evaluación para los y las profesionales

Evaluación profesionales

Este cuestionario tiene como objetivo conocer la opinión de las y los distintos profesionales que hemos participado en los distintos talleres que se han desarrollado con el colectivo rumano para poder mejorar de cara a otras sesiones que se realicen y poder evaluar los talleres que se han realizado.

Para realizar el siguiente cuestionario es necesario leer detenidamente cada pregunta y redondear aquella que se considere más adecuada, valorando de 1 a 4 sabiendo que:

Muy Bien 4

Bien 3

Regular 2

Mal 1

1. VALORACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS TALLERES

El curso ha estado bien organizado (información, fechas, horarios...)	1	2	3	4
Los objetivos establecidos se han cumplido	1	2	3	4
Los talleres han sido adecuados para las necesidades planteadas	1	2	3	4
Los talleres han suscitado interés del colectivo	1	2	3	4

2. VALORACIÓN DE LOS CONTENIDOS Y METODOLOGÍA

Los contenidos de los talleres han sido adecuados para el tipo de colectivo	1	2	3	4
Los contenidos han sido adecuados para los objetivos planteados	1	2	3	4
La metodología utilizada ha sido adecuada para inducir reflexión y participación del grupo	1	2	3	4
	1	2	3	4

3. VALORACIÓN DE LAS SESIONES

Las sesiones han sido adecuadas para trabajar las necesidades establecidas	1	2	3	4
El número de talleres establecidos han sido suficientes	1	2	3	4

Propuesta de intervención sociosanitaria con población rumana residente en Ansoáin.

La dinámica o la metodología de los talleres han favorecido la participación del colectivo	1	2	3	4
--------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---

4. DURACIÓN Y HORARIO DEL CURSO

La duración de los talleres ha sido adecuada	1	2	3	4
El horario del curso ha hecho posible que las y los asistentes acudiesen a los talleres	1	2	3	4
Se podría realizar más talleres para trabajar otra serie de necesidades detectadas	1	2	3	4

5. INSTALACIONES Y MEDIOS TÉCNICOS

El aula donde se han desarrollado los talleres ha sido adecuada	1	2	3	4
Los medios utilizados para los talleres han sido los suficientes	1	2	3	4

6. VALORACIÓN GENERAL DEL CURSO

Los talleres han favorecido las dinámicas	1	2	3	4
Los talleres han posibilitado reflexionar al colectivo	1	2	3	4
Sería conveniente volver a crear este tipo de talleres con este colectivo	1	2	3	4

7. ASPECTOS A MEJORAR

